
Aprendiendo a bailar

Cómo impulsar la salud y el bienestar reproductivo
de las mujeres desde perspectivas de salud pública
y de derechos humanos

Alicia Ely Yamin (editora)

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa
de los Derechos de la Mujer - CLADEM

Escuela de Salud Pública de Harvard

Serie de Harvard sobre Salud y Derechos Humanos

Lima, 2007



© 2005 by the President and Fellows of Harvard College

© 2007 Harvard University Press y CLADEM, Comité de América Latina
y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer.

Aprendiendo a bailar es una publicación realizada por CLADEM mediante
convenio celebrado con Harvard University Press.
La presente publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Fundación Ford.

Traducción al español: Alejandra Sardá, Traslingua Traducciones Feministas Multigenéricas.
Corrección de estilo y cuidado de la edición: Annie Ordóñez
Diseño: Marisol Blázquez
Diagramación: Carmen Inga
Impresión: Ediciones Nova Print SAC

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2007-06136
ISBN N° 978-9972-9623-8-7

Impreso en el Perú
1,000 ejemplares

Contenido

Prólogo <i>Stephen P. Marks</i>	iii
Prefacio <i>Sofia Gruskin</i>	v
Agradecimientos	vii
Introducción Aprendiendo a bailar Cómo impulsar la salud y el bienestar reproductivos de las mujeres desde perspectivas de salud pública y de derechos humanos <i>Alicia Ely Yamin</i>	1
Análisis de caso # 1: Trata con fines de explotación sexual La historia de Neela	41
Cuestiones de salud pública en la trata con fines sexuales: el caso de Neela <i>Maha El Rabbat</i>	43
Los derechos humanos y la niña Neela <i>Mary Lou L. Alcid</i>	52
Análisis de caso # 2: Personas internamente desplazadas La historia de Marta	67
Personas internamente desplazadas en Colombia: un análisis desde la salud pública <i>Therese McGinn</i>	69
Personas internamente desplazadas. Derechos humanos <i>Charles Ngwena</i>	77

Análisis de caso # 3: Acceso a la atención de la salud

La historia de Peggy 93

El acceso a la atención de la salud.

Una perspectiva desde la salud pública

Juan Guillermo Figueroa-Perea 95

Un enfoque de derechos humanos sobre el acceso al derecho a la atención de la salud

Cheri Honkala 105

Análisis de caso # 4:

Violencia de género

La historia de Eleonora 113

Los derechos reproductivos en Europa oriental y central: una preocupación para la salud pública

Manisha Gupte 115

El caso de Eleonora: un análisis de violaciones a los derechos humanos

Urszula Nowakowska 124

Análisis de caso # 5:

Mortalidad materna

La historia de Zeinab 137

Mortalidad materna: una perspectiva desde la salud pública

Angela Sawyerr-Kamara 139

Análisis de un caso sobre mortalidad materna: una perspectiva desde los derechos humanos

Giulia Tamayo 148

Análisis de caso # 6:

Orientación sexual

La historia de Mercy y Susan 157

La salud pública y los derechos humanos: políticas sobre diversidad sexual

María Luiza Heilborn, Regina Facchini y Regina Maria Barbosa 159

Un abordaje desde los derechos humanos a los temas de diversidad sexual

Alice Miller 169

Prólogo

En el año 2004, la Serie de Harvard sobre la Salud y los Derechos Humanos fue creada en cooperación con Harvard University Press, primero dentro del Centro François-Xavier Bagnoud para la Salud y los Derechos Humanos y ahora en el Departamento de Población y Salud Internacional de la Escuela de Salud Pública de Harvard. Esta serie brinda herramientas para la investigación y artículos originales para entender las relaciones que existen entre la salud y los derechos humanos. El primer volumen de la serie fue *Health and Human Rights: Basic International Documents*, pensado para ofrecer a las/os investigadoras/es, encargadas/os de diseñar políticas y las/os activistas un acceso sencillo a los principales documentos de referencia (tratados, declaraciones, directrices, programas de acción, posiciones oficiales de asociaciones profesionales y otros similares).

Este libro es el segundo de la serie y se ocupa de una aplicación importantísima de las perspectivas de la salud y de los derechos humanos: la salud y el bienestar reproductivo de las mujeres. Su editora, Alicia Ely Yamin, ha formado parte del Centro FXB y de la Escuela de Salud Pública de Harvard durante esta última década, desempeñándose en distintas funciones: participación en eventos del Centro, publicación de artículos en la revista y docencia. Como lo señala en su Introducción, la metáfora de “aprendiendo a bailar” sugiere modos de interacción, en este caso entre el terreno de la salud y el de los derechos humanos. La metáfora resulta apropiada para los seis pares de autoras/es de los casos analizados (“compañeras/os de baile”), una/uno de los cuales utiliza la perspectiva de la salud pública y la otra/el otro, la de los derechos humanos. Con agudeza, Yamin reconoce que las músicas, pasos y ritmos son diferentes para cada perspectiva, pero también que existe un valor en el aprendizaje de cómo bailar juntas/os para crear una agenda común.

Más allá de los temas específicos relativos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, los casos analizados revelan la existencia de una gama de tensiones y convergencias que se dan entre la salud y los derechos humanos. La Introducción de Yamin y los casos analizados plantean cuestiones epistemológicas tales como las categorías de derechos, las estructuras interdisciplinarias y las socialmente construidas; cuestiones metodológicas sobre indicadores y nociones de objetividad; cuestiones relativas a las normas, entre ellas la vulnerabilidad, la participación, la educación y la responsabilización; cuestiones macroeconómicas acerca de las estructuras de la pobreza y los mercados; y cuestiones políticas referidas a las influencias ideológicas y de los fundamentalismos religiosos sobre la legislación y los recursos. Todas esas áreas ofrecen lecciones valiosas para el campo de la salud y de los derechos humanos. *Aprendiendo a bailar* es, por eso, mucho más que una evaluación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos oportuna y basada en investigaciones sólidas; se trata de una fuente de descubrimientos y reflexiones de interés general para todo este ámbito y una incorporación bienvenida a la serie.

Agradecemos a la Fundación Ford por haber financiado las investigaciones y la publicación de este libro.

Stephen P. Marks
Profesor del Centro François-Xavier Bagnoud
para la Salud y los Derechos Humanos
Director de la Serie de Harvard sobre Salud y Derechos
Humanos de la Escuela de Salud Pública de Harvard



Prefacio

Es un placer escribir este prefacio para *Aprendiendo a bailar. Cómo impulsar la salud y el bienestar reproductivo de las mujeres desde perspectivas de salud y de derechos humanos*. Este volumen se ubica a la vanguardia de los esfuerzos por unir conceptos y métodos de la salud pública y los derechos humanos internacionales, y representará un aporte significativo para la investigación, el trabajo académico y el activismo en el mundo de la salud y de los derechos humanos. El hecho de que se ponga el acento en la salud y el bienestar reproductivos de las mujeres resulta crítico y oportuno. La editora y las/os autoras/es representan lo mejor de la investigación y el pensamiento en la interrelación que debe existir entre ambos campos.

En la década pasada hemos asistido a muchos desarrollos positivos en el trabajo conceptual y práctico para el análisis y la implementación de programas de salud reproductiva y sexual que presten explícitamente atención a los derechos. Sin embargo, la salud reproductiva y sexual también ha servido como campo de batalla ideológico para la integración de los derechos humanos al trabajo de salud pública. Lamentablemente, con demasiada frecuencia la reflexión acerca de lo que esos vínculos representan no ha logrado ir más allá de la opinión, la ideología o el compromiso retórico. También resultan problemáticos los abordajes restrictivos de la salud o los derechos —a los que inducen los prejuicios disciplinarios—, que han dejado de lado o incluso ocultado el valor agregado que implica abordar estos temas desde una perspectiva combinada. Si bien suele recalcarse la necesidad de presentar pruebas que demuestren que resulta efectivo vincular ambos abordajes, muy pocos han sido los proyectos que han intentado responder en forma directa y de manera práctica a estos desafíos.

Como lo aclara en la Introducción Alicia Yamin, el propósito de este volumen es franquear esa brecha. El enfoque de análisis de casos empleado aquí, haciendo que expertas/os en salud pública tanto como expertas/os en derechos humanos respondan al mismo conjunto de preguntas en base a las cuales analizan las mismas narraciones, sirve para elucidar en qué puntos nuestros respectivos campos se distancian, dónde se superponen y —lo más importante— dónde se torna explícito que actuar en conjunto puede en realidad fortalecer nuestro trabajo. Los temas elegidos para los casos a analizar —trata con fines sexuales, personas internamente desplazadas, acceso a la atención de la salud, violencia de género, mortalidad materna y orientación sexual— plantean cada uno cuestiones diferentes, y si bien muchas de las preocupaciones en materia de derechos y de salud son específicas para cada caso, también hay hilos comunes que atraviesan todo el libro aun cuando las autoras/autores, sus culturas, disciplinas y geografías sean diferentes.

La Introducción aclara la perspectiva ofrecida y garantiza que la lectora/el lector entienda no solo las variaciones relativas al enfoque sino el valor de pensar a fondo los temas de salud sexual y reproductiva a partir de una variedad de perspectivas. Si bien cada sección de este volumen se puede usar en forma independiente para la docencia y la capacitación, sin hacer referencia a las demás, el valor de este trabajo se torna más evidente cuando se lo lee como un todo, en el que la Introducción resulta esencial para establecer un contexto rico para los análisis de casos que le siguen, a la vez que sintetiza los aspectos esenciales que podemos extraer de ellos. *Aprendiendo a bailar* se constituye en un paso necesario para ayudar a superar las divisiones a veces arbitrarias que aparecen entre nuestros campos y, al hacerlo, comienza a presentar evidencias de la importancia práctica que tiene entablar estos vínculos.

En su intento de identificar preguntas importantes a las que se confrontan quienes intentan trabajar de forma transdisciplinaria, *Aprendiendo a bailar* ofrece una perspectiva creativa y provocadora de los temas en juego. Este volumen va a estimular tanto a estudiantes como a profesionales con experiencia para que reconozcan los temas que se merecen una exploración mayor, y también será un apoyo para su actuación profesional. Las lecciones que se pueden extraer de las dificultades y de lo intrincado que resulta trabajar de manera transdisciplinaria y transectorial son relevantes no solo para quienes trabajamos en salud reproductiva y sexual sino también para todas/os aquellas/os a quienes les interese mejorar la salud y el bienestar en una variedad de terrenos. Por eso, todas y todos podemos identificarnos con los desafíos inherentes al “aprender a bailar” juntas/os.

Sofía Gruskin

Directora del Programa Internacional de Salud y Derechos Humanos
Departamento de Población y Salud Internacional
Escuela de Salud Pública – Harvard

Agradecimientos

Este volumen es producto de una colaboración inspirada por los esfuerzos y las voces de defensoras/es que trabajan para lograr avances en los derechos reproductivos y sexuales como parte de una agenda de derechos humanos más amplia. Las respuestas entusiastas y generosas de las autoras y autores, expertas/os internacionales provenientes de todas las regiones del mundo, fueron indispensables para el éxito de este libro. Con toda paciencia revisaron borradores y trabajaron muy cerca de mí durante todo el proceso editorial, enriqueciendo el producto final con preguntas y sugerencias.

Deborah Meacham, correctora de estilo de este número, desempeñó su tarea con gran dedicación; también estuvo a cargo del proceso de diseño y resultó de gran ayuda para finalizar cada detalle del libro. La diseñadora Marisol Blázquez y los asistentes editoriales Tim Frasca y Meghan Chapman también cumplieron roles esenciales en el proceso de producción. Mehlika Hoodbhoy, consultora del proyecto, llevó adelante investigaciones estratégicas y aportó al proyecto contribuciones valiosas desde el comienzo del mismo.

La concreción de este libro se debe al Centro François-Xavier Bagnoud para la Salud y los Derechos Humanos de la Escuela de Salud Pública de Harvard. Se benefició con aportes importantes de las/os coordinadoras/es de

programas y consultoras/es de la Fundación Ford, destacando especialmente la visión extraordinaria de Gaby Oré Aguilar. El apoyo administrativo brindado por Mireya Díaz resultó esencial para el éxito de este libro como proyecto. Carolyn Bain colaboró en la elaboración de las preguntas-guía y otros materiales dirigidos a las autoras y autores.

Sofia Gruskin, Directora del Programa Internacional sobre Salud y Derechos Humanos del Centro François-Xavier Bagnoud, no solo contribuyó con un marco de referencia fundamental para entender la importancia de este volumen y con comentarios que fortalecieron el artículo resumen, sino que también jugó un papel central en todas las decisiones que se tomaron a lo largo del proceso de publicación. Stephen Marks, Director del Centro François-Xavier Bagnoud, brindó un apoyo entusiasta que fue muy valorado para llevar adelante una agenda de aprendizaje capaz de vincular los campos de la salud reproductiva y la salud sexual con los de los derechos humanos y la justicia social. Pippa Amick ayudó en la coordinación del proyecto y Catlin Rockman en la parte administrativa del mismo. Lynn Martin fue conduciendo el libro a lo largo de todo el proceso de publicación con eficiencia y cuidado.

Alicia Ely Yamin, Editora





Introducción

Aprendiendo a bailar

Cómo impulsar la salud y el bienestar reproductivo de las mujeres desde perspectivas de salud pública y de derechos humanos

Alicia Ely Yamin

La autora es abogada especialista en derechos humanos y docente en la Escuela de Salud Pública de Harvard. Al momento de escribir este artículo, vivía en Montevideo, Uruguay, y trabajaba en América Latina con organizaciones no gubernamentales en investigación, gestión y defensa relacionadas con los puntos de encuentro entre la salud, las políticas para el desarrollo y los derechos humanos.





“Y tú, ¿qué bailas?”

(Forma tradicional de salud en el sur y el occidente de África)

Aprendiendo a bailar puede parecer un título extraño para un libro que se ocupa de violaciones severas de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y de estructuras sociales firmemente enraizadas que impiden el acceso de las mujeres a la atención de calidad y a las condiciones necesarias para poder disfrutar de su salud. La idea que subyace al título es que, lejos de ser monolíticos, los derechos humanos y la salud pública representan modos de abordar estos temas, cada uno con sus propias consideraciones estratégicas, herramientas, actores relevantes e incluso formas de elaborar lenguajes y argumentos. Al profundizar las conexiones entre estos dos campos para lograr avances en la salud y el bienestar sexual y reproductivo de las mujeres, no es necesario que un campo adopte las perspectivas o los métodos del otro. Sin embargo, lo que sí necesitamos aprender es cómo movernos de forma sincronizada, cuándo dar pasos por separado y cuándo juntarnos; en resumen: a bailar.

En muchos sentidos, el movimiento por la salud y los derechos reproductivos ha sido pionero en la realización de trabajo interdisciplinario entre los campos de la salud pública y de los derechos humanos, al proponer un modelo de interacción cooperativa diferente a los supuestos acerca del mutuo antagonismo producto de las experiencias anteriores en cuanto a las enfermedades infecciosas.¹ El movimiento obtuvo una victoria histórica cuando el Programa de Acción surgido de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, El Cairo 1994) logró que la retórica sobre población y políticas sanitarias pasara del énfasis en los imperativos demográficos al reconocimiento de los derechos de las mujeres a decidir el destino de sus cuerpos, al menos en cuanto a la reproducción, aunque no en cuanto a la sexualidad.²

Sin embargo, a pesar de la explosión inicial de entusiasmo y de las significativas iniciativas que le siguieron, a más de diez años de El Cairo los terrenos de la salud reproductiva y los derechos humanos continúan, por

extraño que parezca, desconectados.³ Con demasiada frecuencia, la noción de los derechos reproductivos de las mujeres se ha quedado en el plano de los conceptos abstractos o de la retórica, extrañamente divorciada de las realidades que tanto las mujeres como los prestadores/as de servicios de salud enfrentan en sus vidas cotidianas. Por un lado, hay demasiadas políticas de población y salud que siguen reflejando y reproduciendo las relaciones de género y familiares, así como las construcciones de la sexualidad tradicionales, en lugar de transformarlas.⁴ Por ejemplo, muchos gobiernos —así como organizaciones no gubernamentales (ONG) prestadoras de servicios— se han limitado a colocar sus programas tradicionales de planificación familiar y salud materna dentro de un envase nuevo, cambiándoles el nombre sin cambiar el enfoque subyacente ni vincular esos servicios con preocupaciones más amplias por la igualdad de género y la justicia social, como lo requieren el Programa de Acción de la CIPD, la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) y la legislación vinculante de derechos humanos.⁵

Tal como se plantea en distintos puntos de este artículo, y de los otros incluidos en este libro, en cierta medida la salud reproductiva y los derechos reproductivos surgieron de historias y de premisas muy diferentes de las que rigen los campos de la salud pública y los derechos humanos en general. Sin embargo, la intención original de este volumen era ocuparse de las intersecciones entre salud pública y derechos humanos, para pensar cómo ambas esferas pueden trabajar juntas para 1) satisfacer de manera más efectiva las necesidades de salud reproductiva; 2) abordar las consecuencias de las intervenciones en salud reproductiva y sexual en términos de derechos humanos; y 3) alentar la generación de políticas y leyes de sexualidad y salud reproductiva basadas en derechos.

Este volumen es la culminación de un proyecto que tuvo varios años de duración.⁶ Mediante una serie de

casos elegidos para ilustrar una variedad de temas, así como por su diversidad geográfica, se agrupó en pares a expertas/os en cada tema, para que los analizaran y sugirieran estrategias de intervención.⁷ Así, cada una de las seis narraciones de casos presentadas en este libro ha sido analizada tanto por un/a experto/a en salud pública como por una/o en derechos humanos. Cada una gira en torno a un tema particular: la trata con fines de explotación sexual, las personas desplazadas internamente y la salud pública, el acceso a la atención de la salud, la violencia de género, la mortalidad materna y la orientación sexual.⁸ Pero, como las autoras y autores se apresuran a señalar, en cada una de las historias que se narran hay múltiples derechos y cuestiones de salud involucrados.

La idea original era que esta introducción, como artículo de síntesis, analizara las divergencias que siguen existiendo, así como las prometedoras convergencias, entre ambos campos y propusiera formas de acercarlos. Sin embargo, si algo se evidencia claramente de la diversidad de aportes recogidos en este volumen, es que no existen recetas fáciles ni un solo camino para seguir avanzando. La generación de avances no consiste solamente en lograr la cercanía entre los dos campos —o en importar el lenguaje y las tácticas de los derechos humanos al trabajo por la salud pública—, sino en utilizar los esfuerzos interdisciplinarios para promover la autorreflexión acerca de las premisas, los métodos y las estrategias de cada disciplina. Trabajar desde una disciplina en particular se parece mucho a pertenecer a un clan en el que se dan por sentadas ciertas reglas específicas y verdades en torno a las cuales hay consenso. Cuando esas formas de conocimiento cristalizan para convertirse en recetas rígidas para la acción, comenzamos a anquilosarnos y nuestro potencial para la colaboración transformadora, innovadora, se evapora.

Además, el mundo ha cambiado en forma dramática desde las conferencias internacionales de Beijing y El Cairo, en las que se estableció el abordaje de derechos para los temas de población y salud de las mujeres. Estamos viviendo una era en la que los ataques contra la legislación y las instituciones internacionales, así como contra el concepto mismo de derechos humanos (y, en particular, contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres), aparecen crecien-

temente entre los líderes mundiales, muchos de los cuales sufren cada vez más la influencia de elementos religiosos conservadores.⁹ Por eso, aunque el presente volumen representa un esfuerzo por crear un diálogo entre quienes defienden la salud reproductiva y quienes hacen lo propio con los derechos, ninguno de los dos sectores puede darse el lujo de descuidar el contexto internacional en el cual siniestras fuerzas de resistencia externa (algunas viejas conocidas y otras nuevas) están amenazando la noción misma de libertad reproductiva y sexual para las mujeres, que hace diez años creímos haber establecido de manera firme.

Aun así, el objetivo que subyace a este volumen sigue siendo importante y oportuno, y tal vez ahora resulte más importante que nunca debido al contexto global hostil. Como lo sostienen Nancy Krieger y Sofia Gruskin en un artículo reciente, “La formulación explícita (de los supuestos y marcos de referencia) no solo resulta útil en y por sí misma, sino que también nos ayuda a comunicarnos con mayor claridad entre disciplinas”.¹⁰ Con esa idea en mente, la visión de las expertas/los expertos sobre los casos que aparecen en esta publicación se estructuró en base a dos conjuntos de ocho preguntas cada uno, que tenían el propósito de estimular análisis exhaustivos acerca de cómo abordar cada situación a partir de sus respectivos puntos de vista. Aunque en algunos casos la formulación específica de las preguntas-guía fue ligeramente diferente para el grupo de salud pública y para el de derechos humanos, se hizo el mayor esfuerzo posible por no determinar de antemano las “diferencias” entre ambos campos a través del discurso establecido en las respectivas preguntas-guía.

En primer lugar, a todas las autoras y autores se les pidió que definieran los temas presentados en las historias y que establecieran prioridades. Luego, se les indicó que señalaran los actores e instituciones responsables de responder al tipo de situación planteada y de determinar un curso de acción. El tercer paso fue solicitarles que describieran la naturaleza de lo que sería una intervención o respuesta apropiada a la situación, pasando luego a tratar la relación a veces ambivalente entre los casos individuales y las políticas sociales. En quinto lugar, las preguntas-guía actuaron como estímulo para referirse a las normas culturales, religiosas, de género o sociales que podrían obstacu-

lizar la implementación de una respuesta efectiva, y proponer formas de superar esos desafíos. Por último, se pidió a todas y a todos que tuvieran en cuenta las diferencias entre ambos campos en materia de objetivos o abordajes, y la forma en que podrían combinarse para lograr avances en lo relativo a la promoción del bienestar de las mujeres. Por supuesto, en muchos casos los temas que surgieron a partir de las potenciales violaciones no solo se pueden aplicar a los países específicos mencionados sino también a muchos otros en todo el mundo.

Para este artículo, que presenta una visión de conjunto, tengo dos objetivos. El primero es analizar un puñado de divergencias y convergencias entre las dos esferas de acción. Esta es una tarea difícil porque las autoras y autores que se definen como expertas/os, ya sea en derechos humanos o en salud pública, tienen trayectorias, ubicaciones geográficas y experiencia en áreas muy diferentes. El enorme abanico de experiencias y la diversidad de perspectivas representadas aquí se reflejan en las formas en que las autoras y autores piensan los temas que plantean. Por esa razón, al analizar las áreas de disonancia y las de armonía, sería ilusorio simplemente dividir a las/os autoras/es y compararlas/os entre sí. Si me limitara a enunciar las áreas en las que hay acuerdo y aquellas en las que no lo hay, también podría crear confusiones porque la naturaleza potencialmente complementaria de ambos campos plantea temas que implican desafíos complejos para los dos. Por último, las autoras y autores seleccionadas/os para participar en este volumen tal vez no representen las tendencias dominantes en sus respectivos campos, dado que —en parte— fueron elegidas/os por tener experiencia en la colaboración interdisciplinaria y haber reflexionado sobre ella.

Por todo lo anterior, en lugar de limitarme a comparar las intervenciones que proponen los dos conjuntos de autoras/es en este volumen, establecí seis ejes temáticos. Es claro que existe convergencia en algunas áreas, como por ejemplo la visión de los derechos como algo que resulta significativo en los contextos sociales. En otros casos, las diferencias son sustantivas, como por ejemplo en la forma de abordar los indicadores. Y en otros —como en el potencial de conflicto así como la coherencia entre los casos individuales y las políticas sociales, o la relación entre las ONG y el Estado— el

potencial para la complementariedad y la convergencia existe pero, al mismo tiempo, se trata de temas que también pueden constituirse en desafíos para una colaboración más efectiva.

En segundo lugar, compartiré mis reflexiones acerca de cómo elaborar una agenda común para la investigación, la gestión y la defensa en seis áreas que surgen de estas páginas. La metodología de este análisis no permite llevar a cabo una revisión exhaustiva del estado de la situación en el campo o prescripciones dogmáticas acerca de “cómo seguir adelante”. Por el contrario, estos artículos revelan que es mucho lo que depende de cómo queramos que ambos sectores colaboren en el trabajo programático, de gestión y de defensa, y con qué fines inmediatos. Es decir que *el contexto importa* y necesita tornarse visible en la manera en que pensamos el significado de los derechos, en que programamos la salud y en las formas de cooperación pragmática que son posibles entre actores de ambos campos. También es necesario que reflexionemos acerca de nuestros propios campos, para revisar los supuestos fundamentales acerca de los métodos y la efectividad de nuestro trabajo en relación al empoderamiento de las mujeres. En el mismo sentido, la importancia de las estrategias basadas en la educación —en todas sus dimensiones— se hace claramente evidente en los artículos que conforman este volumen.

Otra propuesta para la investigación, la gestión y la defensa, surge precisamente de un aspecto que no siempre se ve expresado en forma clara, ni en este volumen ni en el mundo real de las prácticas: las distinciones y los vínculos que existen entre derechos sexuales, salud sexual y derechos reproductivos. Una quinta propuesta tiene que ver con la necesidad de desarrollar formas sistemáticas de aplicar indicadores que midan aspectos de la salud reproductiva y sexual desde una perspectiva de derechos humanos. Por último, volvemos al hecho de que este diálogo y las relaciones que esperamos construir no están teniendo lugar en el vacío sino bajo la influencia de los desafíos externos que sitúan tanto la salud como los derechos sexuales y reproductivos dentro de una economía política globalizada, en la que son cada vez más las tendencias y políticas transnacionales las que determinan la posibilidad misma de realización de los derechos y del bienestar de las mujeres.

Primera parte:

Cuestiones y desafíos que se presentan al querer combinar la salud pública y los derechos humanos

En un artículo reciente, Nancy Krieger y Sofia Gruskin afirman con toda razón que “articular explícitamente los marcos de referencia y utilizarlos de manera sistemática nos ayuda a dejar al descubierto las lagunas en el conocimiento y en la acción, y a sentar las bases para nuevas iniciativas, tanto de investigación como de políticas”.¹¹ Con el mismo espíritu, el objetivo de esta colección de artículos no es simplemente contrastar opciones políticas sino analizar las concepciones subyacentes acerca de los distintos temas tratados. Pero, por más negligencia teórica que este esfuerzo pueda implicar, el objetivo de lograr una articulación clara debe estar equilibrado por el conocimiento de que ni la salud pública ni los derechos humanos presentan una perspectiva unitaria y que las discrepancias entre integrantes de cada campo, así como las superposiciones entre ellos, pueden a veces resultar igualmente ilustrativas para elegir estrategias a futuro.

Además, en el proceso de construcción de este diálogo entre la salud pública y los derechos humanos, se establecieron opciones acerca de casos y de temas, y también en cuanto a “asignar” una perspectiva determinada a cada una de las autoras y autores. Pero en cierta medida, esta dicotomía es engañosa porque algunas de las “expertas en salud pública” (y el “experto”) emplean un lenguaje y argumentos de derechos humanos con gran facilidad y, como lo demuestra el artículo de Figueroa-Perea, pueden sentirse igualmente o incluso más cómodas/os definiéndose como defensoras/es de los derechos humanos a pesar de su experiencia en el campo de la salud. Además, como lo señala Miller, “Cada vez más se reconoce que el trabajo en torno a los derechos abarca muchas metodologías, esferas de acción y discursos diferentes”.

Por eso, esta parte del artículo propone una serie de temas que van desde premisas subyacentes hasta métodos, y analiza dónde han existido tradicional-

mente divergencias y la forma en que los dos campos pueden ir acercándose, así como de qué maneras los derechos reproductivos y la salud reproductiva han luchado contra los límites impuestos por los campos más amplios de la salud pública y los derechos humanos. Los temas elegidos lo son por su carácter ilustrativo, más que por conformar una lista exhaustiva: las premisas fundacionales; definiciones de miradas; definiciones de conceptos claves, como la participación; reflexiones acerca de la relación entre los casos individuales y las políticas sociales; roles de las organizaciones en relación con el Estado; modos y métodos usados en las argumentaciones.

1. Premisas fundacionales: la dignidad individual y el bien común

Varias de las autoras y el autor expertas/o en derechos humanos se refieren a la dignidad humana como la “fuente originaria” o la base misma de los derechos involucrados, y es cierto que un abordaje de derechos comienza por la preocupación acerca de la dignidad humana. A la salud pública, por su parte, podría pensarse que le preocupa el bienestar, pero aquí se trata de una noción de bienestar que tiene en cuenta al colectivo. A diferencia de la práctica clínica médica, que se concentra en los mecanismos biológicos de la enfermedad tal como se manifiestan en los individuos, la salud pública se ocupa de los patrones de salud y enfermedad que se dan en las poblaciones. La epidemiología, que es la principal herramienta de la salud pública, se define clásicamente como el estudio de la “distribución y los determinantes de la frecuencia de enfermedad en las poblaciones humanas”.¹² Un supuesto central que subyace a los abordajes de salud pública es que la enfermedad tiene impactos sociales y económicos que van más allá del cuerpo o de la vida de las mujeres en tanto individuos, para afectar a la comunidad o a la sociedad en general.

Como señalan Heilborn *et al.* en su artículo sobre el análisis del caso de orientación sexual, los discursos y las disciplinas de la salud pública y de los derechos humanos surgieron ambos en Europa occidental aproximadamente en la misma época —el siglo XVIII— y ambos fueron en buena medida producto de la nueva visión de las naciones-Estados.¹³ Además, como acertadamente observan Heilborn *et al.*:

“Sin embargo, tradicionalmente han permanecido en alguna medida separados. Aun en los textos de las convenciones de derechos humanos, la salud pública aparece como uno de los factores que permiten que ciertos derechos queden en suspenso. En las prácticas tradicionales de salud pública se expresa una relación problemática entre los derechos individuales y los derechos sociales de los grupos, en la cual los primeros suelen ser descuidados e incluso violados en nombre de los segundos.”

Por ejemplo, las cuarentenas y otras medidas de salud pública que se implementaron sobre todo en el contexto de las enfermedades infecciosas, aparecen como excepciones legítimas a la libertad de circulación, la libertad de reunión y otros derechos civiles de la legislación internacional de derechos humanos.¹⁴ Además, la historia de la salud pública está repleta de ejemplos en los que las capacidades reproductivas de las mujeres se utilizan como instrumento para llevar adelante políticas sociales.

Nuevas visiones: avanzando hacia los derechos sociales y la ciudadanía social

El trabajo de investigación, gestión y defensa relativo al derecho a la salud —y en particular a la salud reproductiva y sexual— ha cuestionado no solo las premisas utilitarias de la salud pública sino también las premisas individualistas de los derechos humanos tradicionales. Por ejemplo, Heilborn *et al.* sostienen

que: “La incorporación reciente de la sociedad civil organizada a la formulación de políticas de salud implica un giro que ha demostrado —y no solo en el caso de la epidemia del SIDA en algunos países— que es posible encontrar un equilibrio en la relación que se da entre los derechos individuales y los derechos sociales en la salud pública”. Al mismo tiempo, ha habido un reconocimiento de que a menos que los derechos humanos se ocupen de las disparidades enormes y siempre crecientes de riqueza al interior de los países y entre ellos —con la consecuente feminización de la pobreza y representación desproporcionada de las mujeres y las niñas en los sectores más marginados y excluidos de muchas sociedades—, corren el riesgo de convertirse en preocupaciones secundarias para la gran mayoría de las mujeres (y hombres) del mundo de hoy. Cada vez más, quienes se dedican a los derechos humanos están prestando atención al progreso en materia de derechos sociales para combatir esa clase de exclusión colectiva.

La expansión de los derechos civiles y políticos individuales hacia derechos económicos y sociales implica una comprensión del vínculo entre los derechos reproductivos y la salud, como algo más que un asunto de violaciones que tienen consecuencias para la salud. Por el contrario, una convergencia prometedora entre ambos campos, a la que se hace referencia en mayor o menor medida en todo este volumen, tiene que ver con la importancia de crear un sentido positivo de la ciudadanía social a través del ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales. Por cierto, esta visión de los derechos en tanto participación en un contexto social, “capacidad de las personas para negociar entre ellas el ejercicio de derechos”, como dice Figueroa-Perea, conecta las decisiones en materia de derechos reproductivos y sexuales con decisiones acerca de nuestras sociedades y de cómo queremos vivir.

Por supuesto, la visión compartida de los derechos como herramientas para la ciudadanía social no anula las tensiones o las negociaciones entre ambos campos. Los puntos de partida y los paradigmas subyacentes pueden continuar siendo diferentes. Sin embargo, los artículos de este libro muestran que a los derechos humanos no les preocupa solamente lo individual, así como a la salud pública le interesa apenas el concepto abstracto de lo público; juntos, pueden vincular el nivel individual con el nivel social de las políticas y con la meta de una mayor equidad mediante la participación de la gente en las decisiones que afectan sus cuerpos y sus vidas.¹⁵

2. Definiendo el tema: más allá de la dicotomía entre buscar reparación para las violaciones o brindar servicios

Basándose en la importancia de las leyes, un abordaje desde los derechos humanos afirma que el Estado tiene una responsabilidad legal —y no solo moral— en los temas relativos a la salud sexual y reproductiva que se manifiestan en los diferentes casos. Además, también debe rendir cuentas por las dimensiones de la salud reproductiva en materia de derechos económicos y sociales. Como lo explica Honkala en su artículo, refiriéndose al tema del acceso a la atención de la salud, la rendición de cuentas en términos legales significa que “la satisfacción de las necesidades humanas no estaría a merced de la economía, la caridad o los servicios sociales”. Los derechos en cuestión no solo deberían estar garantizados en la ley y en la práctica, sino que también deberían existir mecanismos y procedimientos que permitieran a las mujeres reivindicar sus derechos en caso de violaciones, ya sean éstas judiciales o extrajudiciales.¹⁶ Respecto a la documentación en derechos humanos, el análisis que hace Tamayo del caso de mortalidad materna pone énfasis en que “los casos individuales presentados ante los organismos supranacionales... han permitido que expertas/os independientes analicen si un determinado Estado ha cumplido con sus obligaciones y proporcionen los argumentos que sirven como fundamento a su decisión, así como los términos de satisfacción o reparación”.

En diversos grados y muy diferentes formas, todas las autoras y el autor expertas/o en derechos humanos reconocen que optar por un abordaje desde los derechos humanos no puede significar que se identifique una violación y luego se proceda mecánicamente a procurar su reparación, aislándola de otros derechos y sin tener en cuenta el contexto en que se encuentra la mujer, aspectos que —reconocen— han sido descuidados por este abordaje en algunos momentos.¹⁷ Como sostiene Miller, “Encarar un ‘abordaje de derechos’ ... exige que vayamos más allá de la ‘descripción y prescripción’ que suelen encontrarse en los informes tradicionales de derechos humanos para embarcarnos en preguntas mucho más complicadas y específicas según el contexto: ¿cómo se tornan reales los derechos?, ¿cómo se modifican los servicios?, ¿cómo se convence a quienes diseñan las políticas y a las autoridades locales de que deben cambiar sus prácticas?, y ¿cómo se logra que las personas afectadas se movilicen y actúen como si esos derechos de verdad pudieran respaldar sus acciones y sus demandas?”

Esto no significa, sin embargo, que sea necesario contar con todas las condiciones adecuadas en el plano económico, social y cultural para recién entonces buscar remedios a violaciones específicas. Por el contrario, tal como Tamayo, Ngwena, Honkala y otras lo señalan, el campo de los derechos humanos ha demostrado que mediante la búsqueda de reparación para casos específicos de violaciones se ha logrado implementar cambios legales y de políticas que efectivamente ayudan a transformar el contexto. Como lo explica Tamayo, “los casos llevados ante estos (organismos supranacionales para la protección de los derechos humanos) han tenido como resultado que el Estado se comprometa a elaborar y poner en práctica medidas generales para impedir incidentes similares que podrían constituir violaciones a los derechos humanos.”

Si las autoras y el autor expertas/o en derechos humanos reconocen la necesidad de ir más allá de la identificación de violaciones que operan como señales, hay un consenso generalizado entre las autoras y el autor expertas/o en salud pública acerca de que incluso para atender las necesidades sanitarias de una persona concreta, es necesario ir más allá de la prestación

de servicios de salud para ocuparse de los factores presentes en el contexto en el cual la persona vive su vida. Como afirma Gupte, “Ningún servicio de salud puede ser de verdad efectivo a menos que se preste atención seriamente a los temas sociales”. Figueroa-Perea nos previene contra “las intervenciones reduccionistas y parciales”, que no se ocupan de las causas fundamentales o de la responsabilidad social frente a cuadros como, por ejemplo, las adicciones.

Las autoras y autores de este volumen también se apresuran a trascender los paradigmas convencionales de la salud pública, que a pesar de la promesa y el lenguaje de amplio alcance referido a la participación y la prevención que pueden encontrarse en la Declaración de Alma-Ata, con demasiada frecuencia tienden a concentrarse en las enfermedades causadas por factores biológicos y conductuales.¹⁸

Además, como algunas de las autoras del campo de la salud pública reconocen en forma explícita, las leyes y políticas socialmente construidas ejercen un impacto directo sobre la salud de las mujeres, incluso cuando las necesidades subyacentes en materia de salud tienen bases biológicas o dimensiones conductuales. Por ejemplo: Heilborn *et al.* sugieren que

“En este sentido, el supuesto de la heterosexualidad en la atención a la salud de las mujeres impide que las mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM) accedan a los servicios de salud y también que las/os trabajadoras/es de la salud y quienes diseñan las políticas tengan en cuenta las necesidades específicas de estas mujeres ... (para tenerlas en cuenta) resulta indispensable evaluar el estatus de la homosexualidad, desde el punto de vista legal, en cada país. Algunos aspectos importantes de este análisis son la medida en que la homosexualidad masculina o femenina está penalizada.”

Por ese motivo existen convergencias prometedoras en las visiones teóricas, tanto de la salud como de los derechos que se dan en ambos campos.

Desafíos prácticos que presentan las visiones amplias y de largo plazo; limitaciones de los sistemas de salud

Sin embargo, así como las autoras y el autor del campo de los derechos humanos luchan por ir más allá de concentrarse en procurar remedios en el corto plazo, entre las autoras del sector de la salud que se ocupan de la implementación y evaluación de programas, existe un reconocimiento pragmático de las limitaciones del sistema de salud, así como de la necesidad de concentrarse prioritariamente en la prestación de servicios en el corto plazo. McGinn, por ejemplo, escribe:

“En una perspectiva integral de salud pública también se tendrían en cuenta las desigualdades sociales que la afectan. Un enfoque preventivo de largo plazo necesariamente tendría que ocuparse de la condición social y económica, la educación, los roles de género, la justicia; en síntesis, de las bases que sustentan la inequidad en Colombia y en toda otra sociedad...”

“Si aceptamos que un sistema de salud pública no puede atender a todas estas necesidades, entonces necesitamos criterios para decidir cuáles van a ser atendidas. La prioridad debería estar determinada por un análisis razonado de varios factores, entre ellos la severidad, el alcance y las consecuencias sociales de los problemas; la eficacia probada de las potenciales intervenciones; la capacidad del sistema de salud (en forma separada de los otros sistemas sociales, como la justicia, los servicios sociales o las infraestructuras educativas) para llevar adelante esas intervenciones; el carácter aceptable de dichas intervenciones desde el punto de vista cultural y legal; y su costo.”

Tal como McGinn y otras autoras en este libro, así como en otros lugares, están dispuestas a reconocer, la salud pública como campo de acción no siempre tiene éxito en lo que se refiere a mantener el equilibrio en este sentido; es decir, lograr que las instituciones brinden servicios y encaren acciones inmediatas, pero también trabajen en estrategias a largo plazo para cambiar las condiciones sociales que subyacen a los problemas que se les presentan.¹⁹ Varias de

las colaboradoras y el colaborador de este volumen se refieren a la necesidad de programas prácticos de salud que se implementen en forma simultánea con esfuerzos de investigación más amplios y estrategias dirigidas a lograr el empoderamiento de las mujeres.

Pero en el mundo real, inclusive cuando existe acuerdo teórico acerca de la visión planteada en El Cairo, los sistemas de salud pública suelen centrarse solo en el ofrecimiento de paquetes de servicios y el cambio de conductas individuales (por ejemplo, la conducta sexual, la utilización de los servicios de salud para el parto), en lugar de vincular la prestación de servicios con estrategias para el cambio estructural. Con demasiada frecuencia, las restricciones (y prioridades) de presupuesto, la falta de continuidad en las políticas y administraciones gubernamentales, un sector de salud aislado de otros sectores, y la falta de colaboración interdisciplinaria con grupos de mujeres dedicadas a la gestión y la defensa, así como con las ONG de derechos humanos, tienen como resultado que aun cuando exista en las políticas y protocolos un lenguaje que apoya una visión más amplia —parafraseando a John Maynard Keynes—, lo único que existe es el corto plazo ya que, en el largo plazo, estaremos todas muertas.

3. Diálogos entre diferentes esferas de acción: cómo entender los conceptos centrales

Solo es posible trabajar en conjunto cuando tenemos un idioma en común. Podemos traducir del inglés al polaco o del castellano al chino, pero cada campo tiene también sus propias formas de utilizar el lenguaje, lo que no siempre se reconoce. En la práctica, las activistas de ambos campos a veces parecen malinterpretarse en cuanto al uso de términos en apariencia simples. Por ejemplo: para la salud pública *vulnerabilidad* puede denotar una evaluación objetiva de riesgos, mientras que en los círculos de derechos humanos utilizar el término de esa manera resulta problemático porque implica naturalizar la discriminación, el estigma y otras causas socialmente determinadas que subyacen a esa mayor exposición al daño. Desde una perspectiva de derechos, la utiliza-

ción de palabras como *vulnerable víctima* en algunos contextos puede privar todavía más a las mujeres cuyos derechos han sido violados de la posibilidad de convertirse en sujetos. En salud pública se habla de *control social* para aludir a una gama muy amplia de controles internos y externos sobre los programas y los proyectos, mientras que en derechos humanos, la *responsabilización* casi siempre incluye la idea de remedios *post-facto* para las violaciones, lo que conduce a una dimensión de alguna manera confrontacional e incluso punitiva.²⁰

Tal vez no exista término más importante por entender y definir que el de *participación*, que es claramente un componente esencial tanto de los abordajes de salud pública como de derechos humanos para la promoción del bienestar reproductivo y sexual de las mujeres. El concepto de participación en realidad aparece en todas partes, desde el Programa de Acción de la CIPD hasta los discursos neoliberales sobre el desarrollo, así como en muchas reformas del sector de la salud. Pero, ¿qué significa realmente? Y, ¿significa lo mismo para la salud pública que para los derechos humanos?²¹

La participación en los derechos humanos y en la salud pública

Una característica que define los abordajes de derechos humanos, sobre la que pusieron el acento prácticamente todas las autoras y el autor de ese campo, es el énfasis en la participación significativa de las personas que se ven afectadas por una determinada política o programa de salud. Si la salud es una cuestión de derechos, deja de ser una limosna, y las mujeres que reciben los servicios no son ya objeto de caridad ni blancos de la ingeniería social, sino sujetos que tienen un rol que cumplir en la definición de los programas, las políticas y su propio bienestar. Por ejemplo, como lo explica Ngwena, “Para garantizar ese empoderamiento, es importante que toda asistencia que se brinde a Marta cuente con ella como participante activa y no como mera receptora pasiva de la benevolencia”. En la misma línea, Honkala escribe que “Lo más importante es que las personas directamente afectadas por las violaciones a los derechos humanos participen en el proceso de respuesta frente a estas violaciones. En otras palabras, que a

las mujeres como Peggy (emigrante sin documentos) se les debe dar oportunidades para que ellas mismas puedan defender sus derechos”.

El Comité de Naciones Unidas para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) ha anunciado que un aspecto importante para la implementación del derecho a la salud es “mejorar e incrementar la participación de la población en la prestación de servicios preventivos y curativos de salud, así como en la organización del sector salud, el sistema de seguros y, sobre todo, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud que se tomen tanto a nivel comunitario como nacional.”²² Entre otras cosas, un abordaje de la participación en temas económicos y sociales (como la salud) basado en los derechos, implica traducir las demandas individuales y grupales (con frecuencia “comunitarias”) en asignación de recursos por parte del Estado.

Varias de las autoras y el autor del campo de la salud pública también se refirieron a la participación como la llave para alcanzar las respuestas efectivas. Por ejemplo, El Rabbat escribe que una dimensión que debe ser tomada en cuenta en la evaluación de los programas es “la medida en que el programa facilita la participación de la comunidad y la asociación efectiva con otras agencias para integrarse a las aspiraciones y la cultura de la población o grupo objetivo (comunidad, víctimas de la trata, clientes)”. En la misma línea, Kamara dice con respecto a la mortalidad materna que “Las instituciones del gobierno y sus asociadas deberían trabajar con las comunidades y hacer que éstas participen activamente. En las comunidades habría que identificar a las/os líderes y hacer que participen identificando y analizando los problemas, planificando soluciones e implementando procesos de intervención”.

En verdad, la participación —y especialmente la participación de la comunidad— fue una parte fundamental de la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria en Salud (1978), que es un documento fundacional en salud pública y proporcionó las bases conceptuales para la interpretación autorizada que realizó el Comité DESC del derecho a la salud.²³ La Declaración de Alma-Ata pone énfasis, entre

otras cosas, en que la salud incluye una variedad de dimensiones diferentes y que los abordajes sanitarios no deberían estar limitados a servicios o condiciones específicas: “Para que la Atención Primaria en Salud resulte universalmente accesible en la comunidad con la mayor rapidez posible, resultan esenciales la máxima autonomía comunitaria e individual en cuanto al desarrollo de la salud. El logro de dicha autonomía exige la plena participación comunitaria en la planificación, organización y administración de la Atención Primaria en Salud.”²⁴

En el diálogo que se da entre ambas esferas de acción persiste la pregunta: *¿Por qué es importante la participación?* La respuesta que surge desde cada campo determina, en gran medida, la forma en que se promueve la participación.²⁵

La participación para promover las metas de la salud pública versus la participación como expresión de ciudadanía

En la salud reproductiva (tal como lo expresa el Programa de Acción de la CIPD) y en general en la salud pública, se reconoce la importancia que reviste el hecho de que las poblaciones puedan opinar acerca de las políticas y programas que las afectan de manera directa. Sin embargo, en los programas de salud pública, la participación también puede ser muy importante por razones en buena medida instrumentales, es decir para que las intervenciones resulten más efectivas. La noción de la participación como algo útil para alcanzar las metas en salud pública concuerda con las premisas utilitarias que subyacen en este campo. En consecuencia, como una cuestión práctica para la salud pública, es posible que lo que más interés sea la participación en el marco de los proyectos y los programas.

Por otro lado, para las defensoras de derechos humanos, es posible pensar en la participación como un aspecto básico de la ciudadanía. Un componente fundamental de los abordajes de derechos radica en lograr que el poder para la toma de decisiones pase del Estado y las elites a las mujeres. Como lo afirma Tamayo, “Centrarse en los derechos constituye un desafío a las posturas paternalistas que anulan la autonomía individual y por eso impone límites al poder

del Estado, así como a los actores más poderosos al interior de las jerarquías sociales”. La participación es el medio por el cual ocurre esta redistribución del poder, que conecta a la salud sexual y reproductiva con un todo más amplio. Así, es importante la participación no solo en los proyectos o programas sino a todos los niveles donde se toman decisiones en temas que puedan afectar la salud y el bienestar reproductivo y sexual de las mujeres.²⁶ Además, la importancia de participar no se desprende de su utilidad sino, como lo explica Tamayo, del hecho de que permite a las individuos expresar su autonomía y su agenda; en verdad, la participación amplia a veces puede incluso llevar a la ineficiencia.

Como resultado de estas diferencias, no solo el *cómo* sino el *cuándo* y el *dónde* de la participación pueden verse afectados en la práctica. Por ejemplo: si la participación ocurre por “invitación” o como resultado de una “demanda”, es algo que a las/os defensoras/es de derechos puede importarles más que a las/os profesionales de la salud, ya que en el primer caso se trataría de espacios “creados y controlados de manera sustantiva por quienes planifican y diseñan políticas de salud”, mientras que en el segundo serían los propios grupos y movimientos los que los habrían generado.²⁷

Las luchas por promover la participación en la práctica

Afirmar que existe una sola instancia de participación, que surge ya sea del marco de referencia de los derechos humanos o del de la salud pública, puede prestarse a confusiones. Además, no solo en la salud sino también en los derechos existen brechas significativas entre las teorías acerca de la participación y la forma en que ésta se presenta en la práctica. Por ejemplo, ambos campos tienen problemas con el tema de si es posible o no aceptar la participación de quienes actúan en nombre de personas marginadas o si ésta solo debería incluir de manera directa a esos grupos marginados. Las ONG financiadas por donantes u otros grupos suelen representar formalmente a algunas comunidades y grupos en los Comités por una Maternidad Segura, en las comisiones encargadas del monitoreo del Programa de Acción de la CIPD y otros espacios similares, pero rara vez nos detenemos

a analizar la manera en que las ONG están expresando las voces de las personas a las cuales representan.²⁸ En muchos países existe una seria disociación entre las ONG dedicadas a la salud y los derechos, que participan en paneles y foros y se ocupan de la gestión y defensa de políticas; por necesidad, suelen tener su sede en las ciudades capitales por lo que fácilmente pueden terminar trabajando de manera centralizada, excluyendo la participación de los grupos marginados, que suelen vivir en las áreas rurales, lo mismo que sucede con los programas gubernamentales a los que esas mismas ONG critican.

Además, puede ocurrir que cuanto mayor sea la injerencia del plano local en la toma de decisión acerca de los servicios de salud, menos probable resulte que las mujeres tengan acceso a la anticoncepción y a otros servicios, entre ellos el aborto.²⁹ En la salud pública, este hecho generalmente aparece como una divergencia entre los valores explícitos de una comunidad (inclusive si son mujeres quienes los expresan) y sus verdaderas necesidades, basadas en las evidencias objetivas. Para los derechos humanos, esa tensión se lee a la luz de un conflicto entre los valores de la mayoría y los derechos de una potencial minoría a ejercer sus opciones reproductivas. Estas diferentes formas de entender el tema pueden resultar en estrategias distintas para resolverlo.

En síntesis, necesitamos ir más allá de la retórica y volver transparentes los supuestos acerca de los diferentes modelos de participación, desmenuzando lo que consideramos *participación* en contextos determinados, tanto por separado, al interior de cada campo, como en forma conjunta, transversalmente. Y no hace falta decir que, en todos los casos, es necesario que la definición de lo que “nosotras” entendemos por participación se haga de manera participativa, incluyente, asegurando a diversos grupos y comunidades la posibilidad de expresar lo que piensan tanto al interior de cada esfera de acción como en los diálogos que se establecen entre ambas.³⁰

4. Los casos individuales y las políticas sociales: posibles conflictos y promesas

Para los derechos humanos, la utilización de casos emblemáticos ha sido desde hace mucho una estrategia exitosa para obtener una mayor publicidad y movilización para la gestión y defensa políticas, así como para lograr victorias legales específicas. Por ejemplo, Ngwena escribe que

“Los casos individuales como el de Marta [internamente desplazada] y su criatura pueden llevar a cambios en la medida en que reflejen las vidas y las condiciones de otras, cuyas circunstancias están determinadas por la desigualdad estructural... La respuesta para Marta y su criatura no consiste solo en atender la violación a los derechos humanos de una persona concreta, sino también en hacer campaña por la justicia social y la implementación de las normas internacionales de derechos humanos.”

En el mismo sentido, parecería que un aspecto natural de la salud pública radica en establecer conexiones entre la práctica clínica —el tratamiento de los problemas de salud de una persona determinada— y las políticas que se refieren a problemas sociales más amplios. Aunque la salud pública de por sí no se ocupa del cuidado de pacientes individuales, El Rabbat expresa su optimismo acerca del poder que tienen los casos individuales para influir sobre las políticas sociales, al afirmar en referencia a la trata con fines de explotación sexual:

“Las evidencias producto de la práctica clínica, así como el carácter urgente de los problemas de salud —como la amenaza del VIH y la victimización de las niñas— pueden hacer que quienes diseñan las políticas reconozcan que la prostitución y la trata exigen una revisión de las medidas legales, políticas y programáticas (preventivas y de control).”

Desde la perspectiva de las defensoras de derechos humanos, Alcid —también en referencia a la trata— afirma que:

“Una combinación muy poderosa para la gestión y la defensa es la presencia de víctimas/sobrevivientes

individuales que denuncien y le pongan un rostro humano al fenómeno, sumada a investigaciones que muestren la seriedad, la magnitud y el impacto para los derechos y el bienestar de las niñas, así como la existencia de una red de defensoras de los derechos de las niñas. Al quebrar el silencio producto de la vergüenza y el miedo, las sobrevivientes de la trata infantil reivindican su dignidad y sus derechos, inspiran a otras a que hagan lo mismo y —lo que es más importante— producen resultados que tienen dimensiones de remedio y preventivas en varios niveles: cambios o reformas de políticas, leyes y del sistema judicial, disponibilidad de información, educación y servicios sociales, y el acceso a éstos.”

Sin embargo, también existen potenciales conflictos entre los intereses de las mujeres concretas y objetivos sociales más amplios. Por ejemplo, tanto Ngwena como Figueroa-Perea y Nowakowska mencionan varios factores, entre ellos que un resultado no previsto de la reivindicación de los derechos de un grupo determinado puede ser que el mismo reciba un trato excepcional en contraste con otros grupos vulnerables; que surjan conflictos de intereses entre distintos grupos vulnerables, sobre todo en relación a la asignación de recursos; y que se redacten leyes con una mirada estrecha, que excluyan a personas cuyas circunstancias no estén explícitamente incluidas en la legislación. Tanto Alcid como McGinn mencionan los riesgos de violar la confidencialidad cuando se utilizan casos individuales como base para una más amplia gestión y defensa en temas sociales.

Desde el punto de vista de la salud pública, McGinn también señala que

“Llevar un tema a la conciencia pública conlleva también el riesgo de la reacción en su contra: ‘Si una empleada doméstica sigue trabajando después de que el empleador le ha exigido relaciones sexuales, la culpa es de ella. Todas las empleadas domésticas son prostitutas.’ Por último, una necesidad prioritaria para Marta y sus amigas es el ingreso económico. Si, contra todas las predicciones, un programa de gestión y defensa lograra efectivamente reducir el sexo por coerción en el lugar de trabajo, ¿lograría también reemplazar los ingresos perdidos por las mujeres?”

Desde la perspectiva de los derechos humanos, Miller se refiere en forma similar a los potenciales peligros que encierra la forma en que se presenta a la “víctima” individual o grupal, y los efectos que causa el relato de las historias de las “víctimas” por parte de las ONG con fines sociales más amplios:

“Algunas campañas que se basan en estrategias narrativas intentan superar un conjunto de prejuicios (aquí, los que afectan a las mujeres que mantienen relaciones lésbicas, cuando los términos en que se garantiza la protección para las mujeres históricamente han sido la virtud y el recato heterosexuales), operando a través de otros miedos (los violadores son todos monstruos masculinos imposibles de controlar). Lo irónico es que el impacto que tienen estas campañas a menudo consiste en hacer que sean dos los grupos de personas que aparezcan como menos merecedores de derechos: los perpetradores demonizados y las víctimas que no se adaptan a los roles en base a los cuales se les garantiza la protección y el rescate.”

Tanto desde las perspectivas de la salud pública como de los derechos humanos, la utilización de un caso específico para generar políticas y demostrar tendencias más amplias exige un análisis cuidadoso desde el punto de vista ético, teniendo en cuenta los conflictos y las potenciales repercusiones que puede generar.

5. Reflexiones estratégicas: el rol de las ONG y su relación con el Estado

Derechos humanos: actitudes de confrontación, reestructuración de relaciones con el Estado para combatir la violencia contra las mujeres

Históricamente las ONG de derechos humanos se han mostrado escépticas frente al Estado y han conservado con firmeza su independencia ante él, criticándolo cuando abusa de los derechos de sus ciudadanas/os. Incluso ahora, cuando las circunstancias y un mayor trabajo sobre los derechos económicos y sociales han obligado a que se creen algunas alianzas, la relación entre la mayoría de los grupos de derechos humanos y el Estado en casi todos los países del mundo podría

describirse como ambivalente, en el mejor de los casos. Honkala comenta lo siguiente con respecto a los problemas a los que se enfrenta Peggy, la migrante sin documentos que lucha con una adicción:

“Los actores gubernamentales a nivel local, estatal, nacional e internacional deberían ser responsables de monitorear y reparar situaciones como la de Peggy, así como de formular recomendaciones acerca de la acción política necesaria para abordar estas violaciones de los derechos humanos. En los EEUU no existen mecanismos, instituciones ni procedimientos adecuados para tratar esta situación, en gran medida porque el gobierno de los EEUU no adhiere a muchas normas internacionales de derechos humanos.”

Varias de las autoras y el autor del campo de los derechos humanos se refieren explícitamente a las dimensiones que encierran las obligaciones estatales de *respetar* (es decir, de no violar de manera directa), *proteger* (es decir, resguardar de interferencias por parte de terceros) y *cumplir* (es decir, tomar medidas legales, políticas y programáticas para realizar) los derechos en cuestión. Este esquema tripartito se ha convertido en una forma muy bien establecida de pensar acerca de los derechos, reemplazando a las distinciones anticuadas y proclives a generar confusión entre derechos civiles/políticos y económicos/sociales/culturales. También va más allá de la letra de las normas, sin matices, para apuntar a las obligaciones concretas que de ellas se desprenden. Entre otras cosas, esta tipología apunta a las obligaciones del Estado en cuanto a intervenir cuando quienes cometen los abusos son individuos que actúan en la esfera privada, y lleva implícita la necesidad de disponer de remedios para por lo menos algunos aspectos de los derechos económicos y sociales.³¹

En el área de la violencia contra las mujeres, poner énfasis en la obligación de proteger también ha significado que en lugar de la postura tradicional de los grupos de derechos humanos en defensa de los intereses del pueblo contra el Estado, las defensoras de los derechos de las mujeres han pedido mayores esfuerzos para hacer cumplir las leyes y que se actúe de oficio para terminar con la impunidad de los perpetradores. Por ejemplo, Nowakowska escribe lo

siguiente sobre el fracaso de la legislación vigente en Polonia para abordar el delito de violación:

“Como sucede con cualquier otro delito grave, en la violación debería poder actuarse de oficio. Quitar esa carga de los hombros de la víctima la haría sentirse menos vulnerable a la presión por parte del perpetrador y enviaría un mensaje claro a la sociedad afirmando que la violación es un delito grave que el Estado va a juzgar, sin importar si la víctima lo denuncia formalmente o no. En todos los otros delitos graves en Polonia el sistema judicial tiene obligación de investigar y actuar, lo que significa que la investigación oficial no depende de que la víctima inicie acciones legales. Si existen causas que indiquen la probabilidad de que se haya cometido el delito, la Fiscalía tiene la obligación de iniciar una investigación.”

Si bien las leyes que exigen que sea obligatorio iniciar demandas en casos de violación tal vez han dado resultados ambiguos en algunos países, Nowalowska señala con razón que es problemático exigir a la víctima que presente la demanda cuando la joven tal vez no quiera hablar del tema ni siquiera con su madre y su padre. Pero, en algunos casos, dar por sentada una postura centrada en “la ley y el orden” puede desempoderar todavía más a las mismas mujeres a las que esta clase de políticas ostensiblemente busca proteger, como sucede cuando se exige a las víctimas de la trata que se presenten como testigos en contra de los traficantes, para poder conservar su estatus migratorio.

No es posible responder a la pregunta acerca de cómo entendemos y aprovechamos el poder del Estado para proteger los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres sin hacer referencia a contextos específicos. Sin embargo, las preguntas planteadas en este volumen dejan en claro que en las áreas de la sexualidad y la reproducción, podría resultar útil volver a pensar las nociones de “responsabilización” en dichos contextos específicos, para garantizar que los aspectos subjetivos del cambio a los que se refieren Miller, Figueroa-Perea y otras autoras —la sensación de sentirse autorizada a actuar, la certeza de que se tienen derechos y la capacidad que distintas personas tienen de gozar de esos derechos— se vean acentuadas en la

práctica mediante mecanismos formales de rendición de cuentas en materia de derechos humanos.

Programas de salud: la necesaria colaboración con el Estado

En términos generales, la disposición a iniciar una confrontación abierta con el Estado y poner de manifiesto la hipocresía, la corrupción y el cinismo que con demasiada frecuencia pueden encontrarse en las burocracias estatales —incluyendo las del sector de la salud— es parte de la naturaleza del trabajo en derechos que surge de su énfasis en las leyes y la rendición de cuentas, como ya se lo señalara más arriba. A veces, las defensoras de la salud sexual y reproductiva que se ocupan de los programas pueden sentir que el lenguaje y las actitudes basadas en los derechos son demasiado polémicos.

Por otro lado, los programas de salud reproductiva y sexual con frecuencia exigen la colaboración con el Estado a muchos niveles. Los programas de salud por lo general se implementan a través del Ministerio de Salud y, en el mejor de los casos, a través de otros sectores que desempeñan algún papel en el asunto como Economía, Educación, Agricultura, Trabajo y Justicia. Hay buenas razones para que los artículos sobre salud pública inevitablemente giren en torno a si el gobierno debería o no implementar determinadas políticas o programas. Además, como afirma Kamara, “No es suficiente mejorar la calidad de la atención y el acceso a ella, si el sistema no puede sostenerse.” Para que los programas puedan ser sostenibles en el largo plazo, casi siempre tienen que institucionalizarse a través del Estado.

Hasta las ONG dedicadas a la salud, que en teoría son independientes, con frecuencia dependen en distinto grado de los gobiernos para su financiamiento, insumos médicos, autorización para operar y otros permisos, certificación de médicas/os y personal, aprobación de los fondos recibidos de fuentes bilaterales o multilaterales, tratamiento preferencial frente a los impuestos, exenciones en las tarifas a la importación y otros. Por supuesto, no todos los grupos prestan servicios, pero en algunos casos grupos de mujeres consolidados que han intentado prestar servicios al tiempo que defendían derechos han visto

comprometidos su nombre y su credibilidad como entidades independientes por los acuerdos a los que han llegado para obtener recursos. La verdad incómoda es que todo este trabajo depende del dinero; de dónde viene — y de qué condiciones y expectativas lo acompañan — determina mucho de lo que hacemos y de cómo lo hacemos.³²

Como sostiene Ngwena, los problemas complejos y de raíces profundas que presentan los casos analizados se beneficiarían sobre todo de

“... un abordaje multidimensional que involucre a todas las partes interesadas que podrían querer comprometerse (incluyendo a las ONG de salud y derechos, así como a otras organizaciones)... Pero algunas de las partes interesadas podrían no sentirse cómodas con acciones que parezcan hostiles al Estado por miedo a que éstas anulen cualquier posibilidad de interacción y cooperación constructiva con el Estado.”

El potencial de complementariedad que existe entre los derechos humanos y la salud pública como socios en coaliciones que generen transformaciones sociales, puede disolverse con mucha facilidad a la luz de estas cuestiones prácticas.

6. Métodos: abordajes diferentes, herramientas diferentes

Qué se considera verdad. Las pruebas y los argumentos

Los derechos humanos operan a partir de las normas; la salud pública, de la información. Por eso, ambos discursos pueden ser formas complementarias de establecer verdades. Por ejemplo, en un artículo sobre los fundamentalismos y la salud reproductiva, Lynn Freedman señala que “Una visión política de la salud exige no solo una base fáctica fuerte, sino también un marco de referencia conceptual que pueda convertir los descubrimientos científicos en reivindicaciones políticas acerca de derechos”.³³ Engarzar entre sí los puntos fuertes de los derechos humanos y de la salud pública parecería ser la combinación perfecta para llevar adelante un trabajo de gestión y defensa

efectivo, basado en evidencias, para promover el bienestar de las mujeres.

Pero la verdad, así como la justicia, es un concepto difícil de asir, y tanto la búsqueda como la exposición de la verdad pueden tener significados muy distintos en estos campos que también son diferentes.³⁴ Buena parte de la investigación en derechos humanos se apoya en los testimonios de las víctimas como fuente primaria de información. Audrey Chapman y Patrick Ball observan en un artículo sobre las Comisiones de la Verdad que

“... la memoria es algo intrínsecamente subjetivo y abierto al cambio con el transcurso del tiempo; esto se aplica sobre todo a los recuerdos vinculados con experiencias traumáticas y eventos públicos... Un evento que lleve a abusos graves de derechos humanos puede ser recordado e interpretado de forma bastante diferente por las diversas víctimas, e incluso si se trata de una sola persona, según los estímulos que reciba y en respuesta a preguntas específicas.”³⁵

Por supuesto, las/os profesionales en derechos humanos han creado técnicas que buscan garantizar la exactitud de los datos producto de sus investigaciones, métodos para procesar información recogida de múltiples fuentes, y formas de relacionar las verdades individuales/personales con las sociales/colectivas.³⁶ Sin embargo, las verdades de los informes de derechos humanos siguen siendo, en la mayoría de los casos, verdades básicamente narrativas que —a través de la mirada de los principios normativos— ayudan a que tanto la víctima como la sociedad en general puedan encontrarle sentido al sufrimiento de una persona o un grupo.

Respecto a los derechos económicos y sociales, como lo apunta Honkala,

“Pensar las historias personales en el contexto de los derechos humanos ayuda a reposicionar el debate desde la perspectiva de la culpa individual por no haber logrado sobrevivir en la sociedad, a analizar cómo una determinada sociedad satisface las necesidades de las personas o le niega sus derechos más fundamentales.”

Aunque la naturaleza subjetiva de la percepción que una individuo tiene de la realidad plantea problemas todavía más complejos para la búsqueda de la verdad cuando estamos tratando con eventos y condiciones de la vida personal de las mujeres —muchas de las cuales no son percibidas por las mismas víctimas como violaciones de los derechos humanos—, el poder catártico que encierra el atribuirles significado puede ser todavía mayor para mujeres cuya sensación de autoestima y de identidad están en juego.

La salud pública, por otro lado, adopta un enfoque completamente diferente de la investigación y la clasificación de los males sociales, en el que se valora mucho una noción diferente de objetividad.³⁷ La salud pública no solo se apoya en información estadística que recoge en forma continua o periódica, sino también en estudios (descriptivos, analíticos y a veces experimentales) que siguen criterios específicamente diseñados para eliminar sesgos y factores que puedan crear confusión. Por ejemplo, una técnica clásica que se utiliza para determinar si una población dada se está enfrentando a un riesgo mayor o está sufriendo una incidencia más elevada de enfermedad, es la utilización de muestreos al azar.³⁸ Este proceso —que no tiene nada de azaroso— se realiza con mucho rigor y utiliza tablas numéricas al azar para seleccionar a las sujetas a ser estudiadas en diferentes poblaciones. Este es uno de los numerosos métodos que intentan llegar a la realidad que está “allá afuera”, sin que las creencias personales o las asociaciones fortuitas la distorsionen.

Por supuesto que muchas/os profesionales de la salud —inclusive muchas de las autoras y el autor que aparecen en este volumen— ya no creen que las observaciones y las interpretaciones científicas, y menos aún las preguntas que las/os científicas/os eligen hacer, sean enteramente objetivas y estén divorciadas de los contextos políticos. Por ejemplo, Heilborn *et al.* se refieren a los supuestos erróneos y los prejuicios que en forma persistente impregnan las investigaciones acerca de las mujeres que tienen sexo con otras mujeres. Sin embargo, hasta quienes —como las autoras recién mencionadas— critican esas investigaciones, reclaman que se lleve a cabo mayor cantidad de estudios o que se los diseñe de manera diferente, y los conceptos de “validez” y “representatividad” de la información recogida siguen siendo esenciales para

establecer verdades en salud pública, así como para diseñar políticas y programas.

La investigación en derechos humanos, por otro lado, no necesita ser —y a menudo es imposible que sea— representativa. No puede haber hipótesis nulas. Por el contrario, el objetivo de exponer los abusos es, como lo afirma Tamayo, hacer que “la carga de la prueba (sea) transferida al Estado, que debe demostrar que un determinado caso no constituye una violación de la legislación internacional en materia de derechos humanos”. Este es un concepto muy legal de búsqueda de la verdad, en el que los argumentos se dan tanto entre visiones sociales contrapuestas como entre distintas versiones de los hechos. Negar que se hayan cometido violaciones a los derechos humanos —sobre todo en el terreno de los derechos sexuales y reproductivos— puede muchas veces ser equivalente tanto a negar que una determinada acción u omisión constituye una violación, como que la conducta o el evento en sí haya tenido lugar.³⁹

Diferentes enfoques acerca de los indicadores

En alguna medida, la selección, el desarrollo y la aplicación de indicadores apropiados conllevan el potencial de tender un puente entre estos diferentes enfoques de la verdad así como entre los dos campos en general. De hecho, Tamayo se refiere explícitamente a los mismos indicadores de proceso para medir el progreso en materia de mortalidad materna que los que describe Kamara en su artículo sobre el mismo tema.⁴⁰ En los artículos que componen este volumen, vemos que a los derechos humanos les pueden y les deberían preocupar los patrones estadísticos que muestran desigualdades sistémicas que tienen como resultado diferencias entre las mujeres en cuando a su salud, especialmente para determinados grupos de mujeres. En el mismo sentido, la salud pública puede adoptar e impulsar los principios de equidad y justicia en casos individuales, así como en el diseño de programas y políticas.

Pero sigue habiendo diferencias epistemológicas que subyacen a los respectivos lenguajes de las normas y los números, que tal vez se reflejen con mayor claridad en las actitudes que se tiene frente a los indicadores. Alcid, por ejemplo, afirma que

“La gestión y la defensa deben basarse en información fuerte, creíble y confiable para ser efectivas en cuanto a ofrecer análisis alternativos, cuestionar políticas y leyes existentes, así como presionar por la reforma o la derogación de leyes y políticas existentes o la creación de legislación y normas nuevas. Pero los gobiernos piden casos específicos, porque quieren ponerle un rostro humano al problema. El impacto que una historia personal puede ejercer sobre el público, las legisladoras y legisladores y/o quienes diseñan las políticas puede ser más dramático y tener una influencia superior a la de la frialdad de los hechos y las cifras.”

Con la excepción de Tamayo, las autoras y el autor del campo de los derechos humanos abordan los indicadores de manera muy diferente a como lo hacen las autoras y el autor del campo de la salud pública, que profundizan mucho más en el tema. En verdad, no existe siquiera una idea compartida acerca de lo que son los indicadores: algunas utilizan ese término para referirse a cuestiones cualitativas que tienen que ver con leyes y políticas, mientras otras lo aplican sobre todo a cuestiones estadísticas.

Las autoras y el autor provenientes del campo de los derechos humano, por lo general dan cuenta del tema de los indicadores apenas en un párrafo o dos, considerándolos un elemento secundario para el análisis, en comparación con otros. Algunos de los “indicadores” que proponen son muy amplios. Por ejemplo, Nowakowska incluye entre sus indicadores los “cambios legislativos en materia de derechos reproductivos y violencia contra las mujeres, que brinden más opciones y protección a las mujeres cuyos derechos fueron violados, y los cambios en las actitudes sociales que indiquen una mayor apertura frente a la sexualidad y los derechos reproductivos”. Otras/os se centran mucho en el sistema de justicia penal. Ngwenya se refiere a factores generales establecidos por la Recomendación General 24 de la CEDAW sobre la mujer y la salud. Miller considera que

“Entre los indicadores relevantes acerca de la violación y las respuestas efectivas del Estado frente a ella, se encontrarían cosas como información cualitativa acerca del funcionamiento del sistema de justicia penal —incluyendo la evaluación del

contenido de la ley sobre violación, las leyes acerca de las pruebas, y capacitación a policías, fiscales y juezas/ces— e indicadores cuantitativos que revelen la incidencia (proyectada) de la violación comparada con los casos de agresión sexual denunciados, investigados y llevados a juicio.”

Con la excepción de Tamayo (que se refiere a un conjunto muy específico de indicadores y tal vez no resulte representativa), en los artículos sobre derechos humanos no se analizan las cuestiones de proceso *versus* resultados. Lo que importa para cada campo es lo que determina la elección acerca de lo que se va a medir, y es comprensible que las defensoras y el defensor de los derechos humanos por lo general se concentren en los marcos de referencia legales y políticos, así como en indicadores que puedan conducir a la responsabilización (como por ejemplo las agresiones sexuales que se investigaron y se llevaron a juicio).

Por el otro lado, las autoras y el autor provenientes del campo de la salud pública por lo general ponen un mayor énfasis no solo en los indicadores sino en las diferentes clases que existen y que permiten medir de manera más apropiada los distintos aspectos del cambio. Por ejemplo, McGinn diferencia entre las intervenciones comprobadas y las no comprobadas de la siguiente manera:

“En el caso de las intervenciones probadas, como la planificación familiar y la atención obstétrica de emergencia, puede resultar suficiente con medir la utilización y confiar en las pruebas sobre las que se basan las intervenciones para dar por supuesto el aporte en el largo plazo (es decir, si se demostró que las mujeres utilizaron de manera correcta y continuada los anticonceptivos, puede inferirse sin mucho temor a equivocarse que ellas tendrán éxito en cuanto a espaciar o limitar los nacimientos). Para las intervenciones no probadas, como los esfuerzos por mejorar la salud psicosocial o minimizar los efectos de la violencia de género, las mediciones en los tres niveles ayudan a crear las pruebas en las cuales pueden basarse los programas futuros.”

Figuroa-Perea propone cuatro series de indicadores: los estructurales (que apuntan a las necesidades

básicas o a las posibilidades que garantizan igualdad de oportunidad como punto de partida para las vidas cotidianas de las individuos); de proceso (para medir las intervenciones institucionales destinadas a resolver problemas específicos); de resultado (para monitorear y documentar intervenciones específicas); y de empoderamiento y ciudadanía (para llegar a condiciones que permitan a las mujeres ejercer sus derechos). Sin excepción, los indicadores son parte esencial de los abordajes desde la salud pública.

Cuando se los utiliza en forma adecuada, los indicadores que tienden un puente entre ambos campos pueden poner de manifiesto las consecuencias no deseadas de leyes, políticas y prácticas, así como los logros o fracasos de los Estados en el cumplimiento de sus obligaciones internacionales.⁴¹ Sin embargo, dado que hay diferencias en la forma de entender la búsqueda y la expresión de la verdad, fácilmente la realidad de una situación sanitaria puede ser distorsionada por el uso descuidado de los indicadores, en un afán por defender derechos. Por otro lado, la fuerza moral de los llamamientos de derechos humanos se puede perder en un mar de datos que no le agrega nada al significado de lo que las mujeres están viviendo.

Segunda parte:

Reflexiones acerca de cómo avanzar hacia una agenda común de investigación, gestión y defensa

Enumerar las interacciones prometedoras pero esquivas entre los dos campos puede resultar frustrante si esto no va acompañado de una reflexión acerca de adónde ir, cómo empezar y cuáles son las prioridades. Las autoras en este volumen no nos ofrecen recetas simples para acercar a ambos campos. Las propuestas para una agenda común de investigación, gestión y defensa que surgen de este volumen abarcan un espectro tan amplio como los artículos y reflejan la diversidad de las autoras, así como las múltiples diferencias que existen entre ellas, que van más allá de “salud pública” versus “derechos humanos”.

Un primer paso para vincular los dos campos, tanto en las prácticas como en los gestos teóricos, consiste en apoyar y ampliar los esfuerzos que ya se están haciendo por analizar las opciones contextualizadas, así como en abordar los temas “desprolijos” que están por detrás del por qué y el cuándo de la carencia de análisis contextuales. Tanto quienes nos dedicamos a la salud reproductiva como las y los que defendemos los derechos de las mujeres —por separado y en forma conjunta— necesitamos realizar un análisis introspectivo acerca de lo que entendemos por “empoderamiento de las mujeres” y cómo procuramos conseguirlo. Una tercera estrategia, en el largo plazo, es la educación: de las/os prestadoras/es de servicios de salud, estudiantes y personas que diseñan las políticas, así como de las usuarias del sistema de salud, de quienes se desempeñan en el sistema judicial y del público en general. Una cuarta reflexión tiene que ver con la necesidad de separar (en el plano conceptual, aun cuando no siempre sea posible hacerlo en las tácticas) lo “sexual” de lo “reproductivo” y reconocer que los derechos sexuales van más allá de la salud. La necesidad de elegir y aplicar indicadores apropiados para medir la salud reproductiva y sexual desde una perspectiva de derechos es una quinta área en la que puede darse esta colaboración. La investigación, la gestión y la defensa que busquen relacionar la salud sexual y

reproductiva con los derechos humanos no pueden permitirse ignorar las tendencias transnacionales, entre ellas los acuerdos de comercio, la situación frente a la deuda y las reformas del sector salud que cada vez adquieren mayor importancia.

1. Contextualización de los análisis y las estrategias

Diferencias entre las perspectivas expresadas en este volumen y lo que es común en la práctica

La necesidad de contextualizar las estrategias aparece una y otra vez a lo largo de este volumen, tanto desde la perspectiva de la salud pública como desde la de los derechos humanos. Es el contexto el que nos acerca a la verdad —o a la densa maraña de verdades— que contiene la experiencia cotidiana de la salud y los derechos. Como lo señala El Rabbat, “El contexto en el que viven las mujeres y las niñas obviamente determina las opciones de que disponen, las estrategias que usan y cómo sobreviven”, así como las oportunidades de que disponen para generar cambios significativos.

En la medida que les es posible, dada la brevedad de los casos analizados, la mayoría de las autoras y autores hace grandes esfuerzos para referirse de manera específica a la organización de los sistemas de salud en cada país, las instituciones y normas legales existentes, y el contexto sociocultural. Lamentablemente, una limitación intrínseca a un ejercicio como el de este texto es que, a pesar de los esfuerzos de las autoras y autores, hay un límite para el grado de contextualización que puede incluirse en las breves narraciones de los casos por analizar. Además, si bien escribir acerca de la importancia de incorporar el contexto como parte de lo que debería hacerse es relativamente fácil, muchos de los problemas prácticos para la implementación de abordajes desde los derechos

humanos a la salud reproductiva de las mujeres pasan al primer plano en las decisiones esenciales, difíciles, que solo se toman y se hacen visibles en el terreno, donde las personas reales, cada cual con su agenda y personalidad específica, interactúan. Cómo vamos de A a B, es decir, cómo se transforman los conceptos de derechos humanos en herramientas prácticas, es algo que casi por definición está más allá del alcance de un volumen de artículos como éste.

En la práctica, tanto los análisis desde la salud como los que se hacen desde los derechos humanos, con demasiada frecuencia tratan las cuestiones económicas, sociales y culturales como un telón de fondo. En los derechos humanos, aparecen una y otra vez en los preámbulos a la identificación de las violaciones de los derechos civiles —que se exponen y se denuncian— pero abstraídas de las realidades en las cuales podrían encontrar solución. Por el contrario, un enfoque de derechos que mantenga la especificidad contextual podría no solo afirmar la importancia abstracta de la pobreza, las desigualdades sociales, las normas culturales, la distribución de recursos y otros elementos similares, sino que sería capaz de analizar la forma en que las relaciones de poder que se dan en contextos concretos afectan las posibilidades que tienen las mujeres reales para realizar y disfrutar de su salud y bienestar reproductivo y sexual.⁴² En el mismo sentido, en relación con la investigación en salud, en un estudio reciente Arachu Castro y Paul Farmer señalan que temas como el estigma vinculado al SIDA están en buena medida descontextualizados, tratados como rasgos individuales abstractos y “divorciados de los procesos sociales más amplios, y en especial de las relaciones de poder”.⁴³ Ellos afirman que esos abordajes, que no toman en cuenta lo social, han malinterpretado la naturaleza del estigma y su relación con el acceso a la atención de la salud, y que han “hecho que se demoren las acciones efectivas para contrarrestar el estigma”.⁴⁴

En este volumen, las autoras y autores reconocen que la investigación comparativa que llevan adelante las activistas sobre el terreno resulta esencial para la elaboración de estrategias verdaderamente contextualizadas que puedan vincular la salud reproductiva con los derechos humanos. El Grupo Internacional de Investigación y Acción sobre Derechos Reproductivos (IRRRAG, por sus siglas en inglés), que mencionan tanto Figueroa-Perea como Miller, investiga cómo, en contextos culturales que varían enormemente, se establecen las condiciones que facilitan que diferentes personas puedan conocer, reivindicar y gozar de sus derechos.⁴⁵ Otras redes y grupos dedicados a la gestión y la defensa han aportado excelentes análisis comparativos relativos a las estrategias de gestión y defensa para el acceso al aborto, así como en otras áreas.⁴⁶ Sin embargo, estas historias y las lecciones aprendidas a partir de ellas no se comparten ampliamente ni son analizadas por otros grupos y redes, en otros campos y más allá de las fronteras geográficas. Exceptuando a quienes asisten a las conferencias y reuniones de elite, los descubrimientos potencialmente estratégicos no parecen “bajar” a los grupos que trabajan por la salud y los derechos de las mujeres en el plano local y, en el sentido inverso, lo que esos grupos descubren no se abre paso “hacia arriba”. También es necesario señalar que estas iniciativas constituyen una minoría.

Cuestiones prácticas:

1. El poder y la toma de decisiones

No solo sigue habiendo un gran abismo entre la investigación y la gestión/defensa, tanto al interior del campo de la salud de las mujeres como en el de los derechos humanos, sino que en ambos campos la falta de atención que se presta al contexto suele crear una enorme brecha entre el Norte y el Sur. Los programas de salud reproductiva diseñados en las sedes centrales de las ONG internacionales se implementan a través de las oficinas que éstas tienen en las capitales de dis-

tintos países y luego se ponen en marcha en distritos locales de distintos países en vías de desarrollo, por lo general sin adaptarlos al contexto social, cultural o político. También suele suceder que la evaluación de necesidades y la planificación del proyecto tengan lugar en un vacío virtual, sin que se preste demasiada atención, por ejemplo, a lo que las oficinas locales o las contrapartes piensan acerca de las comunidades a las que se asiste, y menos aún a lo que opinan acerca de estrategias para institucionalizar los programas a través del Estado y las consecuencias que ello implica en circunstancias políticas y económicas que suelen ser explosivas o inestables.

En el mismo sentido, en el mundo de los derechos humanos y pese al hecho de que la gran mayoría de la documentación, la gestión y la defensa tienen lugar en el mundo en vías de desarrollo, son un puñado de grupos con sede en el Norte los que acaparan un porcentaje enorme de los fondos y de la atención de los medios. Por importantes que sean estos grupos, como dice Tamayo, “en el lanzamiento de campañas que emplean una variedad de estrategias para movilizar a la sociedad, generar presión internacional, y afectar las posiciones de la opinión pública y del gobierno”, los informes que ellos producen suelen reducir el análisis de derechos humanos a una sección sobre “normas aplicables”, que incluye el recitado previsible de los instrumentos y obligaciones internacionales, divorciada de la sección narrativa y a veces carente de toda reflexión sobre los factores contextuales.

Con frecuencia, esos informes se llevan a cabo en colaboración con grupos locales que sí entienden e interpretan los factores contextuales y son los que suelen realizar la mayor parte del trabajo. En el peor de los casos, los grupos extranjeros que intentan traducir un contexto socio-político determinado y sus consecuencias para los derechos reproductivos de las mujeres para un público de su país (por lo general, del Norte) o internacional, pueden cometer serios errores tales como revelar información que debió ser confidencial, desbaratando así las posibilidades de negociación con el gobierno; esto, a su vez, puede perjudicar los esfuerzos locales serios de gestión y defensa sobre un tema específico. A veces esos grupos llegan como “paracaidistas”, entrando y saliendo de los países en “misión investigadora” para luego dele-

gar todo el seguimiento en las contrapartes locales, brindándoles muy poco apoyo o respaldo.

Si, como afirmamos, es necesario que contextualicemos nuestros análisis —tanto para entender los significados de la salud y la enfermedad como para pensar, según lo expresa Miller, en “¿En qué forma operan los derechos, no solo como remedios extraordinarios ante crímenes impensables, sino como herramientas cotidianas para transformar y fortalecer la dignidad y la justicia en las vidas de diversas personas?”—, entonces estos temas turbios del poder, el dinero y la naturaleza de la colaboración entre grupos diferentes (salud y derechos humanos, del Norte y del Sur, nacionales y locales) tienen que ser expresados, reconocidos y debatidos. Además, como asunto práctico, es necesario compartir ejemplos de estrategias contextualizadas que se apoyen en logros concretos sobre el terreno (así como también en los fracasos), no solo entre las ONG de elite en las ciudades capitales sino también con las bases sociales de los movimientos por los derechos de las mujeres y por la salud.

2. El “empoderamiento” de las mujeres: una revisión de las estrategias relativas a la salud y los derechos

Todos los artículos de esta colección hacen referencia al “empoderamiento.” En cada caso, se nos recuerda que el bienestar de las mujeres es una contingencia precaria y que las jerarquías que se establecen entre los géneros tienen efectos nocivos. A medida que vamos leyendo los diferentes análisis de casos, también resulta imposible que no nos impacte la medida en que el sufrimiento de las mujeres es despreciado, ignorado y naturalizado, una y otra vez, a nivel de la familia, la comunidad, el Estado y en última instancia a veces inclusive por la misma mujer. Esta severa negligencia frente a las necesidades de las mujeres se ha visto favorecida precisamente por el fracaso histórico en la percepción de las condiciones y los abusos que viven las mujeres en términos de violaciones de los derechos humanos.

Pero, más allá de la idea general de que es necesario subvertir las relaciones de género opresivas, ¿qué significa el “empoderamiento” cuando se trata de

intervenciones específicas y respuestas articuladas en base a derechos? Definir el empoderamiento va más allá de una cuestión de comprensión conceptual. Por el contrario, definir el empoderamiento de una manera que permita progresos estratégicos exige revisar los supuestos y las estrategias al interior de las propias prácticas de los derechos reproductivos y de la salud. Con frecuencia, mirar a nuestro propio campo a través de los ojos del otro nos puede ayudar a revisar esos supuestos.

El empoderamiento en la salud: el ejemplo de la mortalidad materna

Históricamente, el movimiento por la salud reproductiva y sexual ha expresado críticas profundas a la medicalización de los temas de salud de las mujeres y a todo el modelo biomédico.⁴⁷ Como sostiene Rebecca Cook en un artículo titulado “Género, salud y derechos humanos,” las visiones feministas han ayudado a poner de manifiesto cómo “Al diagnosticar el descontento y los ‘trastornos’ de las mujeres como problemas médicos, los profesionales han reforzado y perpetuado la injusticia del orden social vigente, que perjudica la salud de las mujeres, en lugar de actuar como instrumentos para remediar esa situación.”⁴⁸ El modelo biomédico paraliza el cambio social y el empoderamiento de las mujeres, sacando los temas de la salud de las mujeres del discurso y el debate públicos, y quitando a las mujeres sus opciones en materia de salud. Por buenas razones, las defensoras de la salud de las mujeres han querido recuperar los temas reproductivos del espacio médico para poner las decisiones en manos de las mujeres y las comunidades. Por ejemplo, muchas autoras en este volumen critican el lugar central que los sistemas de salud han desempeñado con demasiada frecuencia para confirmar y reforzar esas jerarquías. Más allá de los abusos flagrantes que se analizan en el caso de Eleonora en Polonia, las autoras señalan que en los sistemas de salud del mundo entero, las identidades de las mujeres suelen reducirse a las dimensiones de madre o prestadora de cuidados, con el supuesto subyacente de objeto sexual heterosexual. En los contactos que tienen con el sistema de salud, desde edad temprana y durante toda su fase reproductiva y adulta, las niñas y las mujeres asimilan esas actitudes negativas e internalizan esos roles. No hace falta

decir que hay mucho trabajo por hacer al interior del sistema de salud para debilitar el modelo biomédico y, en especial, para favorecer el empoderamiento de las mujeres.

Sin embargo, cuando los temas y las condiciones son distintos, exigen abordajes también diferentes. Tal vez el caso de la mortalidad materna muestre con la mayor claridad que el acceso a la atención médica de calidad es un aspecto sin duda decisivo del empoderamiento de las mujeres. Como lo indica Kamara, más de 15 años después de haber lanzado la Iniciativa por una Maternidad Segura, muchos aspectos de la planificación de intervenciones para una maternidad segura siguen estando en discusión. Sin embargo, ahora es cada vez mayor el consenso acerca de que el acceso a los servicios obstétricos de emergencia es un elemento fundamental de cualquier programa para la reducción de la mortalidad materna. La mayoría de las complicaciones obstétricas severas se pueden tratar en forma exitosa mediante un puñado de servicios, que en su mayoría podrían brindar los centros de salud en zonas rurales.

Además, como señala Tamayo, la legislación internacional de derechos humanos ha reconocido explícitamente a los servicios de emergencia obstétrica como parte de las obligaciones centrales de los gobiernos con respecto al derecho a la salud, y por lo tanto puede ser utilizada para evaluar el cumplimiento de las normas de derechos humanos así como el progreso en cuanto a los objetivos de salud pública.⁴⁹ En síntesis, en el caso de la mortalidad materna —y la convergencia sorprendentemente prometedora que encontramos entre las dos autoras en este volumen lo muestra de forma vívida— tanto las defensoras de la salud como las de los derechos de las mujeres a las que les interese su empoderamiento deben prestar atención a las complejas formas de funcionamiento (y a menudo, de mal funcionamiento) de *sistemas de salud* específicos.⁵⁰

En otro contexto, Paula Farmer sugiere acertadamente en su libro *Pathologies of Power: Health, Human Rights and the New War on the Poor*, que un marco de referencia de derechos humanos exige intervenciones a varios niveles para empoderar a las personas empobrecidas:

“... resulta irónico que algunos que comprenden bastante bien que las causas subyacentes de la tuberculosis son la pobreza y la desigualdad social cometen un error terrible al no respetar la experiencia y los puntos de vista de los pobres cuando diseñan estrategias para responder a la enfermedad. ¿Qué sucedería si, después de que el análisis revelara que la pobreza es la causa principal de la tuberculosis, las estrategias para controlar la tuberculosis ignoraran a las personas enfermas y se concentraran únicamente en erradicar la pobreza? En otro texto he llamado a esto la ‘trampa ludista’ dado que ese punto de vista, que en apariencia es muy progresista, nos haría ignorar tanto el dolor actual como las herramientas de la medicina moderna que podrían aliviarlo, llevándonos a cometer una nueva y grave injusticia.”⁵¹

Por complejo que pueda resultar el equilibrio entre los dos, desacreditar la contraproducente disyuntiva que se da entre abordar los determinantes subyacentes de la enfermedad o las necesidades inmediatas —y los derechos— de las mujeres involucradas, es un aporte importante de este volumen a lo que significa en la práctica adoptar una perspectiva de derechos humanos acerca de la salud reproductiva y sexual.⁵²

El empoderamiento en un paradigma de derechos: el ejemplo de la trata

En el mismo sentido, la trata es un tema que presenta algunas de las decisiones estratégicas más discutidas en el campo de los derechos hoy en día. El caso analizado en este volumen se refiere a una niña, lo que —como tanto Alcid y El Rabbat a la vez se preocupan por destacar— plantea preocupaciones especiales. También implica que se trata de un caso claro de prostitución forzada. Sin embargo, en nombre del “empoderamiento de las mujeres” existen puntos de vista muy distintos entre los grupos de mujeres en cuanto a si la trata y la prostitución deberían pensarse por separado o si la trata no existiría si no hubiera prostitución. En este volumen, El Rabbat analiza la heterogeneidad del sector del sexo comercial que incluye a mujeres que voluntariamente ejercen la prostitución y a otras, entre ellas niñas como Neela, que se ven obligadas a hacerlo. Pero Alcid adopta una postura más fuerte contra la prostitución en general,

afirmando que ambas, “La trata con fines de explotación sexual y la prostitución son formas de tratar a las niñas y a las mujeres como objetos. Constituyen violencia contra las niñas y las mujeres”.

Si bien existe un espacio significativo para el diálogo y el acuerdo en torno a este caso en particular, en el área de la trata en general se manifiestan dos nociones esencialmente diferentes del empoderamiento, que han impedido la articulación de respuestas consensuadas frente a los aspectos legales y de prestación de servicios en la trata de mujeres y la prostitución. El conflicto fundamental en torno a si las mujeres se “empoderan” cuando se las protege de la explotación que representa el trabajo sexual o cuando se les garantiza que pueden ejercerlo en condiciones dignas, es un ejemplo de que presentar las demandas como cuestiones de *derechos* sexuales y reproductivos no es siempre una receta mágica para resolver dilemas estratégicos.

Además, estas tensiones en el campo de los derechos inevitablemente afectan la prestación de servicios de salud. Por ejemplo: una postura abolicionista, ¿crea un subtexto acerca de la pureza sexual de acuerdo al cual las mujeres, para ser dignas de protección —y, en forma implícita, de servicios— tienen que ser virtuosas, como parecería sugerirlo la Ley Global sobre SIDA promulgada por EEUU en 2003? Según esta nueva legislación, las prestadoras de servicios que quieran recibir fondos de los EEUU deberán firmar una declaración en la que expresan oponerse a “las prácticas de la prostitución y la trata sexual debido a los riesgos psicológicos y físicos que presentan para las mujeres”.⁵³ Así, las prestadoras de servicios que atienden a trabajadoras sexuales y les brindan apoyo pasan a ser presentadas como parte del problema, en un marco de referencia donde la existencia del trabajo sexual se considera la injusticia a remediar. ¿Cómo deberían los campos de los derechos humanos y de la salud —por separado y en conjunto— interpretar estas medidas y responder a ellas?

Es posible que la trata revele la urgente necesidad de encarar conversaciones acerca de estas decisiones estratégicas a la luz más cruda; también ejemplifica con claridad cómo los derechos pueden ser tanto herramientas como terrenos de lucha. Pero, en un

sentido más general, resulta claro que necesitamos embarcarnos en análisis introspectivos difíciles —dentro de cada campo y en diálogo el uno con el otro— acerca de lo que queremos decir cuando hablamos del empoderamiento de las mujeres, y de cómo esperamos lograrlo en contextos específicos y con respecto a temas específicos.

3. La importancia decisiva de la educación en todas sus dimensiones

La educación de las/os profesionales de la salud

La adopción de un enfoque de derechos humanos para la salud reproductiva requerirá de alguna forma de educación para la mayoría de las/os profesionales de la salud que están ejerciendo hoy en día, así como iniciativas para concientizar a las mujeres que utilizan el sistema de salud y a los actores responsables de interpretar y hacer cumplir los derechos de las mismas en ese sistema. En primer lugar, aun cuando no cometen violaciones flagrantes de los derechos humanos, como sucede en el caso de Eleonora en Polonia, las/os profesionales de la salud por lo general reflejan los prejuicios de la sociedad en la que viven. Además, casi invariablemente han sido formadas/os en el paradigma biomédico, con los problemas inherentes al mismo señalados más arriba. En algunos casos se da una desafortunada combinación entre el discurso biomédico y el discurso acerca del/de la profesional médico/a (por lo general residente en la capital o en un ambiente urbano) como “agente civilizador” de quienes viven en comunidades indígenas o rurales, a través de la aplicación de la medicina occidental.⁵⁴ La falta de sensibilidad de las/os médicas/os frente a las perspectivas y sentimientos de sus pacientes mujeres, complica todavía más la situación para las mujeres y las niñas que dependen del sistema de salud. Respecto al sistema de atención de la salud en Polonia, Gupte escribe: “La falta de un espacio privado en el que poder hablar de lo que les sucede, hace que a las mujeres les resulte imposible hablar de secreciones vaginales, prolapso uterino, dolor durante el coito, violación, angustia o violencia. Tampoco hay médicas/os u otras/os profesionales de la salud capacitadas/os para formular las preguntas relevantes en torno a estos temas”.

Muchas de las autoras y autores en este volumen piden educación y capacitación para remediar al menos algunas de las falencias que ellas/os han detectado en el sistema de salud. Por ejemplo, Heilborn *et al.* sostienen que:

“La estrategia —al menos en países donde no existe una clasificación clara que diferencie a heterosexuales de homosexuales— es ofrecer capacitación universal a las/os trabajadoras/es de la salud que se desempeñan en servicios públicos considerados estratégicos y delicados (servicios que atienden “la salud de las mujeres”, ETS/SIDA, salud mental, violencia sexual), hacer que los servicios de salud se familiaricen con la idea de adecuar la atención que brindan a la diversidad sexual de la población, y reiterar que esas poblaciones tienen derecho a acceder a los servicios. Los argumentos en apoyo de esta última acción deberían estar basados en los derechos humanos y en el derecho a la igualdad y a la equidad en cuestiones de salud.”

Aun así, la ambiciosa naturaleza de las propuestas que plantean Heilborn *et al.* y muchas otras exige repensar la clase de educación que ha sido prioritaria en el pasado para quienes se dedican a la salud y a los derechos reproductivos y sexuales.

Aunque los esfuerzos por brindar talleres que fortalezcan las capacidades de quienes diseñan políticas de salud y prestan servicios son importantes y deberían reiniciarse, difícilmente promuevan el verdadero cambio estructural que todas deseamos. A través del discurso biomédico históricamente condicionado, las/os profesionales de la salud reproducen (a veces sin darse cuenta) una visión compartida del mundo que, como lo señalamos más arriba, tiene efectos significativos para los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres. El guión colectivo de ese discurso difícilmente puede transformarse mediante breves cursos de capacitación.⁵⁵

En lugar de concentrarse solo en el fortalecimiento de capacidades, los conceptos y análisis de derechos humanos —que incluyen temas de ética médica pero van más allá de ella— deberían estar integrados a los requisitos básicos del plan de estudios y a las habilidades esenciales que todas/os las/os estudiantes

de medicina y ciencias de la salud deben adquirir.⁵⁶ Como lo señalan Nowakowska y otras, en la práctica esto significa colaborar de manera interdisciplinaria para reformular los planes de estudios y de educación de las/os futuras/os médicas/os y otras/os profesionales de la salud, desde los niveles más bajos a los más altos, para ir más allá de la mera promoción de los derechos de las pacientes y posicionar a las/os profesionales de la salud como agentes activos en la construcción de sociedades más democráticas y equitativas.⁵⁷ En este sentido, las prometedoras iniciativas que se están llevando adelante para transversalizar el género y modificar los planes de estudio básicos —desde Sudáfrica hasta la India— requieren de estudio, difusión y adaptación. La reforma de los planes de estudio es una propuesta a largo plazo. Pero, si queremos producir cambios estructurales, no podemos descuidar la formación básica de las/os profesionales de la salud antes de que se anquilosen en el enfoque biomédico y que se vean sometidas/os a la rotación de puestos, a los incentivos salariales, etcétera.

La formación del público

La educación no puede limitarse a las/os profesionales de la salud presentes y futuras/os. Una y otra vez nos vemos enfrentadas en estos casos y en el mundo real a la brutal comprobación de que las mujeres no conocen, reconocen o entienden sus derechos sexuales y reproductivos, y ni hablar de que los reivindiquen. Aun en el caso dramático de Eleonora, una niña violada por su médico, Gupte escribe que “La falta de conocimiento acerca de la justicia, y de acceso a ella por parte de Eleonora después de esta trasgresión a la ética médica y de esta mala praxis, hacen que a ella le resulte imposible desafiar públicamente al médico”. Gupte, El Rabbat, Nowakowska y otras en este volumen demandan educación sexual, algo que resulta absolutamente esencial para promover la salud reproductiva y sexual de las mujeres. Pero, como ellas mismas lo admiten, los hechos en los distintos casos muestran la necesidad de estrategias más amplias de educación pública y, específicamente, de formación para las niñas y las mujeres. Se están llevando adelante algunas iniciativas en ese sentido, tanto con respecto a los derechos sexuales y reproductivos como a los derechos humanos en general, pero

una vez más sería útil sistematizar las experiencias y compartir las lecciones aprendidas.

Cuanto antes comience la educación en derechos humanos, mejor será en términos de fomentar una cultura de derechos humanos. En este sentido, Alcid escribe que “La educación... implica re-pensar y transformar los valores sociales dominantes que discriminan a determinados segmentos de la población por su casta, género y clase”. Lo ideal sería incorporar los derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos, en el plan de estudios a partir de la escuela primaria. Pero, como mínimo, el trabajo con adolescentes y preadolescentes (dado que chicos y chicas están explorando sus identidades, incluidas las sexuales) resulta esencial y es algo que está siendo desesperantemente descuidado en todo el mundo. Más allá de los módulos IEC (información, educación, comunicación), la formación en derechos humanos diseñada de manera creativa puede, a este nivel elemental, vincular los temas de salud y sexualidad con cuestiones más amplias de derechos laborales, el sistema judicial y nociones de ciudadanía, así como derecho a tener derechos en una sociedad determinada. En este sentido, Honkala señala que “La educación en derechos humanos es importante porque cuestiona nociones aceptadas acerca de la pobreza y el derecho a tener derechos en EEUU, que los sistemas educativos y los medios defienden y perpetúan”.

La educación básica conlleva una sensación de autoconsentimiento que es fundamental y decisiva para las personas que buscan cambios en las leyes y políticas, cambios que les permitan acceder a sus derechos y defenderlos. La educación básica en derechos humanos también alimenta las estrategias participativas, que dependen de que la gente —y sobre todo las mujeres— sienta que tiene derecho a involucrarse de manera directa en acciones que afectan sus vidas. También indica cómo hacer de la lucha por los derechos reproductivos y sexuales un movimiento social más amplio. En su sentido más pleno, este esfuerzo implica una educación general para desarrollar la conciencia crítica de la que hablaba Paulo Freire, que busca vincular el conocimiento que la gente tiene acerca de la planificación familiar o la violencia doméstica, por ejemplo, con un diálogo y

un análisis que indaguen acerca de la totalidad de las situaciones problemáticas que se ven obligadas a enfrentar.⁵⁸

La formación de abogadas/os y juezas/ces

En tercer lugar, si nos tomamos en serio la idea de procurar hacer judicializables los derechos reproductivos y sexuales —incluyendo sus aspectos ligados a los derechos económicos, sociales y culturales—, las estrategias para la gestión y defensa legales se deben centrar de forma más sistemática en formar a las abogadas/os, juezas/ces, personal de los organismos estatales de derechos humanos y defensorías de las/os habitantes, así como a otras/os que están en posición de hacer que estos derechos sean respetados e interpretarlos. Es cada vez mayor el número de defensoras de los derechos humanos creativas que están utilizando instancias nacionales e internacionales para cuestionar leyes y políticas discriminatorias y para obligar a los gobiernos a destinar recursos a temas específicos en casos concretos. Por ejemplo, las exigencias planteadas por la crisis del VIH/SIDA han llevado a que tribunales nacionales desde Colombia hasta Sudáfrica exijan a los gobiernos que pongan los tratamientos con antirretrovirales a disposición de por lo menos ciertas poblaciones, y han alentado a los organismos internacionales de derechos humanos a tener en cuenta las obligaciones gubernamentales en ese sentido, como parte del derecho a la salud.⁵⁹ También se han litigado casos que tienen que ver con el consentimiento informado, la negligencia médica y otros aspectos de los derechos reproductivos, con resultados positivos.⁶⁰ Pero aún así, en demasiados casos los tribunales todavía tratan los derechos económicos, sociales y culturales como materia no judicializable. En los EEUU en particular, existe el problema adicional del desconocimiento de los instrumentos internacionales de derechos humanos por parte de las abogadas/os, juezas y jueces. Muchos de los artículos de este volumen hacen referencia a la falta de instituciones y procedimientos adecuados para abordar y reivindicar los derechos reproductivos y sexuales. El puñado de proyectos existentes que se ocupan de brindar formación en derechos sexuales y reproductivos a las personas ubicadas en puestos claves para la toma de decisiones —en organismos nacionales y supranacionales con facultades judi-

ciales— se puede replicar y adaptar de modo que desempeñen un papel importante en esta tarea.

Estrategias comunicacionales

Por último, la educación también implica estrategias de comunicación. El desafío no radica siempre en producir conocimiento sino en hacer que el mensaje llegue al público más amplio posible. Alcid, por ejemplo, sostiene con respecto a la trata que:

“Mediante la utilización efectiva de los medios masivos de comunicación y de formatos populares para generar conciencia, difundir los derechos humanos, los derechos de las mujeres, las niñas y los niños, y el derecho de las adolescentes a acceder a información y servicios de salud reproductiva. Hablar de las bases socioeconómicas y culturales de la trata de personas. Construir un movimiento cultural para promover los derechos humanos, la equidad y la igualdad entre los géneros... El apoyo de los medios de comunicación masiva —por su alcance e influencia— tiene una importancia estratégica.”

“Soul City” en Sudáfrica es ejemplo de un programa de gran éxito que presenta mensajes relativos al VIH/SIDA o la violencia doméstica ante un público masivo con impactos mensurables en términos de conductas de concientización y, en última instancia, de cambio social. Pero en general es demasiado poco el tiempo de trabajo investigativo, de gestión y defensa en derechos reproductivos y sexuales que se dedica a las estrategias comunicacionales. Se escriben artículos e informes, se producen materiales “accesibles”, se compran espacios en los periódicos, se diseñan programas y cuñas radiofónicas educativas pero todo eso no llega al público más amplio. Con todas las precauciones importantes que las autoras y autores mencionan acerca de cómo presentar para la gestión y la defensa las historias de personas marginadas, quienes trabajamos en salud y derechos sexuales y reproductivos debemos prestar más atención a las estrategias de comunicación si queremos competir con los mensajes en sentido contrario que nos bombardean a todos, y en particular a las mujeres, desde todos los rincones cada día.

4. La separación entre derechos “sexuales” y “reproductivos”, así como entre “derechos” y “salud” sexual

En este volumen, así como en el mundo real donde tiene lugar el trabajo en este campo, lo “sexual” y lo “reproductivo” a veces están ligados, otras veces se confunden y en muy pocos casos se diferencian claramente uno del otro. Pero la historia de la gestión y la defensa de los derechos sexuales ha sido bastante diferente de la de los derechos reproductivos. Uno de los problemas para desarrollar esta área es que los *derechos sexuales* pueden ser y son invocados para una amplia gama de cuestiones, incluyendo las que se plantean en todos los casos incluidos en este volumen. Por ejemplo, los derechos sexuales pueden abarcar el derecho de una mujer a no ser sometida a examen para que se compruebe su virginidad, como en el caso de Eleonora en Polonia; el derecho de las personas y grupos que se apartan de la heteronormatividad a vivir libremente y a expresar sus identidades en forma abierta sin temor ni discriminación, como en el caso de Mercy y Susan en Sudáfrica; los derechos de Zeinab en Egipto, Neela en Nepal y Marta en Colombia a tener relaciones sexuales que no sean monitoreadas, forzadas ni a sufrir actos de explotación.⁶¹ Así, los derechos reproductivos son apenas un aspecto de los derechos sexuales, así como los derechos sexuales son solo parte de los derechos reproductivos.

Además, aunque a veces resulta sin duda estratégico reducir los derechos sexuales a la salud sexual, es obvio que la sexualidad abarca múltiples dimensiones de la identidad y va más allá de la salud sexual. Podemos utilizar los derechos sexuales para referirnos a la identidad de género, a las prácticas eróticas, a las relaciones íntimas, a la integridad física y al potencial para el placer, además de la reproducción y la salud. Así, los derechos sexuales están relacionados con los derechos laborales, el derecho a la educación, el derecho a igual protección ante la ley y a la participación política, así como a las libertades de información, de expresión y de religión. Pero, con demasiada frecuencia la atención de quienes se dedican a la gestión y defensa de los derechos sexuales se concentra en una estrecha franja de derechos que tienen que ver con la *salud sexual*, recayendo con frecuencia en la salud reproductiva.⁶²

También, tal vez más que en ninguna otra área, los derechos sexuales nos obligan a entender que las reivindicaciones y estrategias en torno a los derechos no nos pueden llevar demasiado lejos. Como señala Miller respecto a la violación de Mercy, una lesbiana que vive en Sudáfrica: “Podemos utilizar los análisis y obligaciones de derechos humanos como herramientas para avanzar un trecho en pos de soluciones, pero no van a resolver todas las cuestiones de distribución de poder y recursos que conforman el caso aquí analizado”. La maleza que forman las reivindicaciones en disputa en lo relacionado con el tema del tráfico también es una prueba de las limitaciones a las que se enfrenta el discurso de los derechos cuando se trata de brindar resoluciones fáciles a temas relativos a la sexualidad.

Diferentes grupos han elegido diferentes formas de abordar los muchos significados que se asignan a los términos “derechos sexuales”, y algunos promueven de hecho los derechos sexuales sin usar esa terminología, como por ejemplo el Movimiento “¿Qué es el buen sexo?”, de Kenia. Por otro lado, la campaña sudafricana que explícitamente se denomina como de derechos sexuales, aborda diferentes dimensiones de los abusos en materia de derechos, desde la violencia contra las mujeres hasta la discriminación por orientación sexual, a la vez que intenta construir una reivindicación más positiva en torno a la sexualidad.

En cualquier caso, diseñar un abordaje desde los derechos implica, en parte, determinar dónde radica lo humano —en oposición a lo divino o lo natural— *para luego* decidir qué parte de esa responsabilidad humana es una responsabilidad social en la que el Estado debe desempeñar algún papel para apuntalarla. Lo que se percibe como natural e inalterable tiene un impacto severo sobre nuestras identidades y nuestra salud. Tal como Heilborn *et al.* y Miller sugieren, en ningún espacio de nuestras sociedades se disputan esas cuestiones con mayor intensidad que en relación a la sexualidad, que borra y vuelve a trazar los límites entre lo privado y lo público; tampoco queda claro cuál es el papel que el Estado —al que los discursos de derechos humanos asignan la principal responsabilidad— debería asumir en muchos casos. Pero, como afirman Heilborn *et al.*, “podemos procurar entender cómo abordan las distintas sociedades el

hecho concreto de la existencia de relaciones sexuales entre individuos del mismo sexo biológico, así como en qué medida esa visión viola el derecho a la vida y a la salud”.

Por cierto, la creciente influencia de los elementos religiosos conservadores y fundamentalistas en todo el mundo, hace que resulte particularmente difícil, a la vez que importante, elevar el nivel del diálogo acerca de la necesidad de proteger la sexualidad *como un derecho*, y explorar de manera abierta los conflictos y controversias que están latentes al interior de los grupos que defienden los derechos de las mujeres, así como en la sociedad en general.⁶³ Por ejemplo, Gupte se refiere a los impactos negativos del fundamentalismo católico sobre la educación sexual en Polonia, mientras que El Rabbat menciona los efectos del fundamentalismo musulmán en diversos países en relación a la prostitución y a la fidelidad conyugal. Heilborn *et al.* hablan de la penalización de la homosexualidad promovida por movimientos religiosos conservadores y sus indiscutibles efectos sobre la disposición así como la capacidad que tendrán las lesbianas para procurarse el acceso a la atención de la salud. Aunque, por supuesto, existen diferencias entre ellos, muchos de los movimientos fundamentalistas comparten las mismas visiones extravagantes y están proliferando en todo el mundo, utilizando a menudo el mismo discurso de “justicia social” y “derechos” para re-pensar la sexualidad de las mujeres. En este sentido, Gupte escribe: “Si bien Polonia puede constituir un caso extremo, la influencia religiosa parece estar en aumento en todo el mundo, fortaleciendo los intentos por limitar el acceso de las mujeres a la atención de su salud reproductiva y al empleo remunerado”.

Con demasiada frecuencia, el trabajo de gestión y defensa de la salud y los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres que se realiza sobre el terreno apenas si puede atender a las catástrofes específicas y sintomáticas —por ejemplo, restricciones a la planificación familiar o políticas contra la anticoncepción de emergencia— que afectan en forma directa los derechos y la *salud reproductiva*. Las defensoras simplemente carecen del espacio o de los recursos necesarios para tomar una cierta distancia y preparar campañas más amplias o debates acerca de las ideas

sociales (por ejemplo, sobre la separación entre Iglesia y Estado) y las ideas de ciudadanía social que implican estas visiones fundamentalistas de la *sexualidad*.

Algunos grupos académicos y activistas están haciendo esfuerzos en este sentido. Por ejemplo, CLADEM (el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer) ha redactado un proyecto de Convención de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos que no apunta tanto a codificar lo que todavía son ideas en permanente fluidez sino más bien a colocar especialmente los temas de los *derechos sexuales* en el debate público, incluso en contextos internacionales y regionales que cada vez se presentan como más hostiles a los derechos sexuales. Así, el desarrollo de normas legales se convierte en un espacio para la negociación y el diálogo políticos, así como para la creación de una conciencia crítica.

Pero estas iniciativas son todavía demasiado escasas. Tenemos un largo camino por recorrer antes de que podamos mantener debates intensos y sustantivos acerca de la sexualidad en muchas de nuestras sociedades, e incluso entre colegas en nuestros respectivos campos.⁶⁴ Los productos de la investigación, la gestión y la defensa pueden ayudar a separar todavía más los derechos sexuales de los derechos reproductivos y la sexualidad de la salud, de manera que se pueda llevar adelante un análisis más minucioso de lo que está en juego cuando se emplea el discurso de los derechos, y de las estrategias necesarias para avanzar en las reivindicaciones en este terreno.⁶⁵

5. Selección, desarrollo y aplicación de indicadores apropiados

Tal como afirma Helen Watchirs en una revisión de las metodologías para medir la implementación de los derechos humanos, los indicadores tienen el potencial de “llevar el discurso de los derechos humanos más allá del plano de las aspiraciones —que ha hecho que la realización de estos derechos sea difícil de concretar— a un enfoque que los vuelve más concretos y prácticos, haciendo posible verificar con precisión en qué medida están siendo respetados.”⁶⁶

Una de las principales metas de las defensoras de la salud reproductiva después de El Cairo ha sido crear indicadores que vayan más allá de las cuestiones demográficas, como la tasa total de fertilidad, y abarquen cuestiones que tengan que ver con el empoderamiento de las mujeres y la equidad de género. A nivel de la ONU/Banco Mundial, se ha llegado a un acuerdo acerca de diecisiete indicadores de salud reproductiva para el monitoreo nacional y global, que están relacionados con el Programa de Acción de la CIPD y que en muchos casos se pueden vincular con obligaciones específicas que establece la legislación internacional de derechos humanos. Según la OMS, estos indicadores han sido elegidos porque reflejan las áreas principales de la salud reproductiva, porque son “robustos” (se pueden replicar, son válidos) y cuentan con definiciones consolidadas (aunque todavía se necesitan mejores indicadores para la salud reproductiva de las adolescentes).⁶⁷ Sin embargo, este no es el único conjunto de indicadores que existe: se han hecho otros esfuerzos en este sentido, incluyendo algunos por parte de redes regionales como la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSM-LAC) y el Centro de Recursos e Investigación para Mujeres de Asia-Pacífico (Asian Pacific Resource and Research Centre for Women -ARROW).⁶⁸ Es importante señalar que el Grupo de Trabajo en Salud Infantil y Salud Materna del Proyecto Milenio también ha tenido en cuenta una gama de indicadores que apuntan a una noción amplia de salud sexual y reproductiva.⁶⁹

Solo muy recientemente las personas que trabajan en derechos humanos y en particular el Relator Especial sobre el Derecho a la Salud en conjunto con la OMS y el Comité DESC, han intentado abordar las complejidades que implica la creación de indicadores basados en los derechos para la salud sexual y reproductiva, o cualquier otra área de la salud.⁷⁰ Por ejemplo, sigue faltando una metodología clara y consistente que dé cuenta de las diferencias entre indicadores de *salud* reproductiva e indicadores de *derechos* reproductivos. Basándonos en algunos de los artículos incluidos en este volumen, podríamos creer que los indicadores de derechos se concentran sobre todo en las leyes, las políticas y su implementación. Otros, como Figueroa-Perea, se refieren a conceptos como la autoestima, la autodeterminación y la práctica de

renombrar la existencia cotidiana en términos de derechos. Pero autoras del campo de los derechos, como Tamayo, claramente hacen referencia también a la implementación programática. Una definición que propone el Relator Especial sobre el Derecho a la Salud, Paul Hunt *et al.*, sostiene: “... en esencia, lo que tiende a distinguir un indicador de derechos de un indicador estándar, desagregado, de progreso socioeconómico, no es tanto su sustancia como: 1) el hecho de que se derive en forma explícita de una norma de derechos humanos, y 2) el fin al que sirve, por ejemplo, el monitoreo de derechos humanos que busca hacer rendir cuentas a quienes han contraído obligaciones.”⁷¹ Así, los indicadores de derechos pueden ser indicadores de salud (como en el caso de la mortalidad materna), pero el fin al que sirven es diferente. Lo que se dice en este volumen también refleja, de manera implícita, los debates actuales acerca de si existen indicadores específicos de participación, no discriminación y temas similares o si esas dimensiones de los programas, sistemas y estados de salud reflejan preocupaciones que están basadas más bien en los derechos.

Para seguir avanzando, resulta por cierto necesario un mayor diálogo interdisciplinario y ejemplos de cómo aplicar los indicadores en contextos específicos. Además de comprender claramente en qué aspectos se quiere medir un factor determinado y cómo, resulta decisivo responder a los *porqués*; es decir, ¿qué puede aportar la perspectiva de los derechos humanos en términos del uso y la interpretación de indicadores específicos, y cuáles son las limitaciones de ciertos indicadores desde esa misma perspectiva?

6. Atención a las tendencias transnacionales en la economía global

El contexto internacional afecta profundamente las formas en que los derechos humanos y la salud pública se conectan e interactúan entre sí. No podemos analizar el rol de los gobiernos, la estructura del sistema de salud y las limitaciones a que se enfrentan las reformas políticas y legales de la misma forma en que lo hubiéramos hecho diez o veinte años atrás. En una medida que todavía no podemos comprender ni imaginar del todo, las tendencias transnacionales en

la economía global van a transformar los sistemas de salud y las posibilidades que tendrán las mujeres para vivir con dignidad y elegir, en términos de su sexualidad y su bienestar. Muchas de las autoras y autores de este volumen aluden o se refieren explícitamente a los cambios en la economía global, y en particular al ajuste estructural, que por lo general tienen que ver con un menú de reformas estructurales —que van desde la eliminación de tarifas hasta las reducciones en el gasto social— que procuran reducir el tamaño del Estado e incrementar la eficiencia económica con criterios de mercado. Gupte, por ejemplo, señala que “La feminización de la pobreza —ya sea debido al cierre de industrias, a los programas de ajuste estructural, a la globalización o a la migración de los hombres en busca de trabajo— es un fenómeno mundial, que resulta en indigencia cuando las mujeres se deben enfrentar solas a la crianza de sus hijas e hijos”.

La deuda, el ajuste estructural y la reforma del sector salud: el papel de las instituciones internacionales

La soberanía de la deuda, los programas de ajuste estructural y las reformas del sector salud que han permeado ya las vidas de varias generaciones en muchos países del Sur, tienen consecuencias directas para los derechos y la salud de las mujeres. Los tres factores están íntimamente relacionados, dado que bajo el enorme peso de la deuda los recursos disponibles para satisfacer las necesidades en materia de salud reproductiva y sexual se reducen en forma drástica; entonces las instituciones financieras internacionales imponen programas de ajuste estructural como condición para seguir otorgando préstamos, y las reformas sectoriales se vuelven una exigencia para poder cumplir con los objetivos del ajuste estructural.

Aunque la forma en que se constituye una reforma del sector salud es algo que varía muchísimo en cuanto a alcance, contenido y consecuencias de un país a otro, dos de las principales estrategias que subyacen a estas reformas han sido la privatización y la conversión de ciertos grupos en “objetivos”.⁷² Gupte se refiere a la forma en que las personas pobres, las mujeres, niñas y niños, son quienes primero salen perdiendo bajo los esquemas de privatización que socavan la idea

de un derecho universal a la salud y a su atención tal como están planteados en la legislación internacional, para promover en cambio un modelo basado en el mercado en el cual las compañías de seguros capturan a la clientela que puede pagar mientras que las/os indigentes se convierten en “grupos objetivo” con apenas un número reducido de servicios básicos a su disposición.⁷³ Las mujeres —y ciertas mujeres en particular— son llevadas a una posición de vulnerabilidad y se convierten en “objetivo” para la caridad y el alivio a la pobreza que esos mismos modelos de reforma neoliberal y jerarquías de género les han impuesto. Como lo sugiere Honkala, algunos de estos mismos temas se presentan a las mujeres en los Estados Unidos, donde el sistema de salud es brutalmente desigual aunque las instituciones internacionales no desempeñan una función central.

Si bien algunos estudios han revelado que las reformas sectoriales tienen efectos positivos para las mujeres, otros sostienen que dichas reformas por lo general les asignan más responsabilidades y refuerzan los preconceptos tradicionales sobre las mujeres solo en tanto madres (o madres en potencia) y cuidadoras. De esta forma sirven para afirmar todavía más los sistemas de género desiguales y socavar las visiones de ciudadanía social, e interactúan a veces de hecho con los fundamentalismos locales.⁷⁴ Por ejemplo, las mujeres que desempeñan roles tradicionales de cuidado se convierten en las promotoras de salud más eficientes, sin salario alguno, en el contexto del abandono de sus obligaciones por parte del Estado.⁷⁵ Por el contrario, como lo señala Alcid,

“Promover proyectos económicos y financieros que sean útiles a las mujeres implica reducir su carga hogareña, introduciendo lentamente cambios en la relación de género al interior de la familia para que se llegue a acuerdos más igualitarios. Si esto no se hace, las mujeres seguirán soportando la carga de los roles y estereotipos de género que generan violaciones de los derechos humanos.”

Además, por lo general los elementos centrales del Programa de Acción de la CIPD —como tener una vida sexual satisfactoria, sin hablar siquiera de la eliminación de las prácticas culturales nocivas, del alivio a la pobreza, de la promoción del empleo para

las mujeres y de la educación más allá de la escuela primaria para las niñas, así como ciertas formas de participación de la sociedad civil en decisiones que afectan su salud— no son necesariamente productivos en términos económicos y por lo tanto suelen quedar excluidos de la agenda en el marco de dichas reformas.⁷⁶

Al analizar las obligaciones que entraña el respeto de los derechos humanos en el caso de la mortalidad materna, Tamayo sostiene que “el rol de las agencias de cooperación y de las instituciones financieras —ya sean gubernamentales o intergubernamentales— no debería ser dejado de lado, ya que ellas también están sujetas al marco de referencia de la legislación internacional”. Alcid reafirma el hecho de que

“Elaborar un abordaje de derechos humanos para los temas económicos y financieros requiere un análisis exhaustivo de la situación en que viven las mujeres y las niñas. Se debe garantizar que el proceso tenga sensibilidad de género (es decir, que se aborden los temas de falta de equidad entre los géneros y que se garantice que las voces de las mujeres intervendrán en la toma de decisiones). También se debe ser respetuoso de los procesos por los que están atravesando las mujeres en el contexto de las limitaciones impuestas por su cultura.”

Es improbable que se produzca un desmantelamiento espectacular de los sistemas económicos y de las formas de pensar, pero los logros alcanzados por el movimiento en el pasado muestran que las victorias que poco a poco se van logrando pueden llevar a cambios significativos en la forma en que operan los gobiernos y otros actores.

Recientemente se ha prestado más atención a la manera en que las reformas del sector salud deberían reflejar, y de hecho reflejan, la agenda de salud reproductiva elaborada en El Cairo.⁷⁷ En este sentido, parece haber un consenso generalizado acerca de la falta de información sobre cómo se han desempeñado los indicadores específicos, desde una perspectiva de género/derechos humanos —e incluso desde una perspectiva concreta de resultados en materia de salud—, y la necesidad de realizar esa clase de análisis para poder llegar a conclusiones relativas a

los impactos que han ejercido las reformas sobre la salud reproductiva.⁷⁸

Sin embargo, a pesar de que existen iniciativas importantes, en algunos sentidos pareciera que siempre estamos “corriendo tras el tren que se va” en cuanto a nuestros análisis y estrategias para la gestión y la defensa frente a las tendencias transnacionales importantes. Por ejemplo, la importancia cada vez mayor que están adquiriendo los regímenes de propiedad intelectual y los acuerdos de comercio se merecen mucha mayor atención de la que hasta ahora les han prestado las instituciones dedicadas a la investigación, gestión y defensa de las mujeres. El impacto que la liberación del comercio de servicios mediante el GATS (Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios) y otros acuerdos de comercio tienen sobre las mujeres ha sido objeto de escaso número de análisis por parte de quienes se dedican a la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.⁷⁹ Entender las políticas macroeconómicas y los regímenes de comercio y de propiedad intelectual que de ellas se desprenden, así como los mecanismos institucionales a través de los cuales son implementados, debe ocupar un lugar central en la investigación, la gestión y la defensa interdisciplinarias en derechos y salud sexual y reproductiva, para que ambos campos puedan hacer frente a los desafíos que se les presentarán en los próximos años.

Reflexiones “iniciales”

Entre las muchas diferencias que impresionan a una persona que viaja de un lado de los Andes hacia el otro —ni hablar de quienes atraviesan continentes— está el cambio en la música, expresión de las almas de las respectivas sociedades. En algún punto entre Buenos Aires y Lima, las notas melancólicas del tango dejan lugar a la vivaz exhuberancia de la marinera. Es posible referirse de manera similar a ambas músicas en lo abstracto, pero cuando dejamos de hablar y nos ponemos a bailar, los movimientos son diferentes. Cada esfera de acción —incluyendo la salud pública y los derechos humanos— tiene su propia danza, sus propios pasos, movimientos y ritmos para abordar los diversos temas. Para crear una agenda común, no necesitamos aprender la danza de las otras sino simplemente aprender a bailar juntas (sin pisar demasiados dedos).

En este volumen, expertas y expertos de ambos campos demueven ciertos mitos y estereotipos, como el que dice que a los derechos humanos solo les interesan los casos individuales y a la salud pública los productos agregados. Además, estos ensayos ponen en primer plano no solo las divisiones que existen entre ambos abordajes y que es necesario enfrentar —como los modos de buscar la verdad y de argumentar—, sino que también señalan diferencias y temas al interior de cada campo que demandan análisis e investigación, como los enfoques estratégicos sobre el empoderamiento de las mujeres, el significado de la participación y el rol de los indicadores. Los doce artículos aquí reunidos también sientan las bases para reflexiones acerca de cómo crear una agenda común de investigación, gestión y defensa para promover el bienestar de las mujeres. A la vez indican que es necesario tener prudencia en cuanto a las prescripciones, ya que diferentes estrategias en momentos diferentes pueden exigir relaciones diferentes entre las/os activistas de la salud y las/os de los derechos, y también porque las generalizaciones acerca de uno de los campos o la comparación entre ambos marcos de referencia puede resultar una simplificación extrema y llevar a confusiones. La salud reproductiva no siempre representa o refleja el campo más general de la salud pública, y lo mismo se aplica a los derechos reproductivos en relación a los derechos humanos. El campo de los derechos, en particular, significa cosas muy diferentes según las personas, en momentos también diferentes, y contiene doctrinas, instituciones y procedimientos legales así como marcos de referencia conceptuales críticos mediante los cuales evaluar las relaciones sociales.

Vemos en este volumen que las decisiones acerca de las estrategias son objeto de disputas políticas a varios

niveles —dentro de los movimientos por la salud y por los derechos humanos, así como en la colaboración interdisciplinaria. Son temas y campos que están evolucionando continuamente —al igual que la relación entre ambos campos—, y por esa razón cualquier intento de establecer comparaciones entre ambos necesariamente tendrá una cierta calidad efímera. Además, el proceso de caracterización y síntesis se basa sobre todo, e inevitablemente, en las impresiones. En este artículo he subrayado algunas de las discrepancias existentes y sin duda alguna he puesto menos énfasis en otras áreas de conflicto potencial al interior de cada campo y entre ambos; en los artículos se puede observar una infinidad de matices que ninguna síntesis podría o debería capturar. Como abogada de derechos humanos con formación y experiencia en salud pública, ambas culturas me resultan familiares, y he intentado presentar las posturas individuales haciéndoles justicia. Pero no puedo afirmar que hablo desde una postura neutra. Cada una/o de nosotras, como lo señala Figueroa-Perea, tiene experiencias que determinan la forma en que percibe las similitudes o las diferencias al interior de cada campo y entre ellos, así como su opinión acerca de lo que es necesario hacer. En síntesis, es clara la necesidad de más diálogos de esta clase.

Este volumen representa un punto de partida decisivo para la reflexión y solo es una más de una serie de iniciativas recientes.⁸⁰ La gestión y la defensa futuras, e incluso los imperativos en materia de financiamiento, exigen una conversación mucho más larga o una serie de conversaciones. En última instancia, a pesar de todas las diferencias multivalentes que encontraremos entre las autoras y autores —así como en el mundo real de la investigación, la gestión y la defensa en estas áreas— existen algunas metas comunes: garantizar que más mujeres y niñas puedan vivir sus vidas con libertad, opciones y salud, y utilizar el potencial extraordinariamente poderoso de los derechos humanos para convertir los temas normativos en cuestiones apremiantes de justicia social en las vidas de las mujeres. A pesar de todas las fuerzas siniestras que se están agrupando contra los derechos de las mujeres en el mundo de hoy, y de los desafíos muy reales a que ambas esferas de acción se enfrentan al encontrarse (parafraseando al poeta chileno Pablo Neruda), tal vez todavía podamos danzar juntas torpemente,⁸¹ que en última instancia es la única manera en que podemos ser capaces de expresar nuestra certeza compartida acerca de la plena humanidad de las personas, en toda su diversidad, así como nuestra creencia en el derecho de todas a la dignidad y el bienestar. ■

Agradecimientos

Agradezco enormemente los comentarios profundos e incisivos que me hicieron Sofia Gruskin, Natalia Kanem, Barbara Klugman, Gaby Oré Aguilar y Alan Jenkins en base a diferentes borradores de este artículo.

Notas

1. Ver L. Freedman, "Reflections on Emerging Frameworks of Health and Human Rights". En *Health and Human Rights* 1.4, 1995, p. 314-349.

2. *Informe de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, Doc. ONU NCONF.171/13 (1994), 7.27.4 [de aquí en adelante, Programa de Acción de la CIPD].

3. Ver, por ejemplo, los comentarios de Elaine Murphy en *Reproductive Health. Gender and Human Rights: A Dialogue*. Washington D.C.: PATH 2001 [de aquí en adelante, *PATH Dialogue*], p. vi-vii.

4. Algunos ejemplos: las campañas sobre salud infantil que solo muestran madres; los materiales de campañas para la planificación familiar o de preservativos que utilizan imágenes agresivas; y las campañas sobre ETS o VIH que muestran a las mujeres como agentes de infección. Ver G. Sen, A. Germain y L. Chen, eds., *Population Policies Reconsidered*. Cambridge, MA: Harvard Center for Population and Development Studies 1994.

5. Ver el Párrafo 91 de *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*, Doc. de la ONU NCONF.77/20 (1995) par. 89/90. Ver también Organización Mundial de la Salud, "Transforming Health Systems: Gender and Rights in Reproductive Health", 2001, WHO/RHR/01.29, p. 4.

6. Este proyecto recibió el apoyo de la Fundación Ford.

7. Aunque ha habido otros esfuerzos por entablar un diálogo entre los dos campos, este volumen es el primero que busca comparar sus modalidades analíticas enfrentándolas a casos concretos para el análisis. Ver, por ejemplo, *PATH Dialogue*.

8. En el caso de la orientación sexual, el análisis desde la perspectiva de la salud pública fue escrito por tres autoras.

9. Ver, por ejemplo, los comentarios de Elaine Murphy en el *PATH Dialogue*, p. viii.

10. N. Krieger y S. Gruskin, "Frameworks Matter: Ecosocial and Health and Human Rights Perspectives on Disparities Among Women's Health. The Case of Tuberculosis". En *Journal of the American Women's Association* 56, 2001, pp. 137-142.

11. *Ibíd.*, p. 37.

12. B. MacMahon y T. F. Pugh, *Epidemiology: Principles and Methods*. Boston: Little, Brown and Company 1970; C. Hennekens y L. Buring, *Epidemiology in Medicine*. Boston: Little, Brown and Company 1987.

13. Ver en general G. Rosen, *A History of Public Health*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 1993.

14. Sin embargo, las circunstancias bajo las cuales esas restricciones pueden ocurrir están estrictamente delimitadas. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Res. de la A.G. 2200 (XXI), 21 ONU ROAG Supp. N° 16 par.52, Doc. de la ONU A/6316 (1966) 999U.N.T.S. 171 (entró en vigencia el 23 de marzo de 1976) [de aquí en más PIDCP]; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado el 16 de diciembre de 1966, Res. A.G. 2200 (XXI), ROAG ONU 21st Sess. Supp. N° 16, par. 49. Doc. de la ONU. A/6316 1966) 993 U.N.T.S. 3 (entró en vigencia el 3 de enero de 1976) art. 12 (1) [de aquí en adelante, PIDESC]; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, Observación General 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, CDESC, 2000. Doc. de la ONU E/C.12/2000/4 [de aquí en adelante, Observación General del Comité N° 14].

15. Como dijéramos más arriba, es necesario problematizar el concepto de "participación". Ver R. K. Murthy, B. Klugman, S. Weller y L. Aizenberg, "Draft 2: Sexual and Reproductive Rights in Service: Accountability and Community Participation". Documento presentado en la "Reunión de consulta con expertos sobre descentralización, integración de programas que brindan servicios, participación comunitaria y rendición de cuentas en relación a los

derechos y la salud sexual y reproductiva”, que tuvo lugar en ciudad de El Cabo, Sudáfrica, el 24 y 25 de abril de 2003 (archivo personal de la autora).

16. Ver, por ejemplo, Observación General N° 24 de la CEDAW, par. 13-15; ver también A. E. Yamin, “Possibilities and Challenges for Innovative Praxis in Health and Human Rights: Reflections from Peru”. En *Health and Human Rights* 6.1.2002, p. 35-64.

17. Ver el análisis de C. Ngweni, “Substantive Equality in South African Health Care: The Limits of Law”. En *Medical Law International* 4, 2000, pp.111-131.

18. Organización Mundial de la Salud, “Declaración de Alma-Ata”, *Salud para Todos* 1. 1978, pp. 2-3.

19. Esta tensión equivale a la que se da en el campo de los derechos humanos entre centrarse en remedios para las violaciones emblemáticas *versus* adoptar un enfoque más amplio, que busque crear condiciones diferentes.

20. En inglés se utiliza una sola palabra, *accountability*, para aludir a los dos significados aquí señalados (y a varios otros). (Nota de la traductora: en su nota original, la autora explica que en otros idiomas, como el castellano, existen diferentes términos para aludir a los significados señalados).

21. Ver Murthy *et al.*, *op. cit.*, p. 2.

22. Observación General N° 14, par. 17, del Comité DESC.

23. Observación General N° 14, par. 38, del Comité DESC.

24. Organización Mundial de la Salud, *Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care*. Ginebra: WHO, 1978. Debería quedar claro que no siempre nos referimos a la atención primaria en salud o a la atención de base comunitaria cuando hablamos de salud sexual y reproductiva, como lo demuestra la necesidad de atención obstétrica fundamental para el tratamiento de las complicaciones obstétricas.

25. Ver C. Overs, J. Doezenia y M. Shivdas, “Just Lip Service? Sex Worker Participation in Sexual and Reproductive Health Interventions”. En *Realizing Rights: Transforming Approaches to Sexual and Reproductive Well-Being*; A. Cornwall y A. Welbourn, eds., Nueva York: Zed Books 2002, pp. 21-35.

26. Observación General N° 14, par. 11, del Comité DESC.

27. Ver Murthy, *et al.*, *op. cit.*, p. 7.

28. *Ibid.*

29. *Ibid.*

30. Agradezco especialmente a Barbara Klugman sus comentarios útiles y ejemplificadores, que me ayudaron a redactar esta parte del artículo.

31. En otras palabras, como se ha puesto de manifiesto en casos jurídicos recientes, a un Estado se le puede exigir que *rinda cuentas legalmente* por ciertas decisiones que toma en cuanto a asignación de recursos y gasto social. Ver, por ejemplo, Constitutional Court of South Africa, *Minister of Health et al. v Treatment Action Campaign*, 5 de julio de 2002 [de aquí en adelante, *Treatment Action Campaign*]. Se puede consultar en <http://www.concourt.gov.za>. El Tribunal decidió que el acceso al tratamiento con Nevirapina para impedir la transmisión del HIV/SIDA de madre a hijo/a debía extenderse más allá de los dieciocho puestos piloto originales, y que el gobierno debía dar pasos concretos para producir un plan acerca de esa clase de transmisión del virus. Ver también Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, *Observación General 9: La aplicación interna del Pacto*. Comité DESC, 1998, Doc. ONU E/C. 12/1998/24, par. 10.

32. Ver, por ejemplo, A. E. Yamin, “Protecting and Promoting the Right to Health in Latin America: Selected Experiences from the Field”. En *Health and Human Rights* 5.1, 2001, pp. 116-148.

33. L. P. Freedman, “Finding our Feet, Standing our Ground: Reproductive Health & Activism in an Era of

Rising Fundamentalism and Economic Globalization”, en *Religious Fundamentalisms and the Human Rights of Women*. Courtney W. Howland, ed., Nueva York: St. Martin’s Press, 1999, p. 189.

34. M. Parveliet, “Considering the Truth, Dealing with a Legacy of Gross Human Rights Violations”, en *Netherlands Quarterly Human Rights* 16, 1998, 142.

35. A. Chapman y P. Ball, “The Truth of Truth Commissions: Comparative Lessons from Haiti, South Africa and Guatemala”, en *Human Rights Quarterly* 23, 2001:1-43, p.6.

36. Por ejemplo, Physicians for Human Rights ha sido pionera en cuanto a utilizar encuestas epidemiológicas para el trabajo de derechos humanos, mientras que la American Association for the Advancement of Science, entre otras, ha creado métodos estadísticos avanzados para analizar patrones de violaciones masivas a los derechos humanos. Ver, por ejemplo, P. Ball, H. Spierer, L. Spierer, eds., *Making the Case: Investigating Large-Scale Human Rights Violations Using Information Systems and Data Analysis*. Washington D.C.: American Association for the Advancement of Science, 2000.

37. Inclusive el estilo en el que las autoras y los autores de este volumen fundamentan sus afirmaciones refleja estas diferencias subyacentes. Las autoras y el autor del campo de la salud pública por lo general utilizan un formato en el que cada nota corresponde a una referencia, mientras que las y el de derechos humanos, con formación jurídica, no solo suelen proporcionar varias referencias para una misma afirmación sino que también continúan desarrollando su argumento en las notas. Las y el que tienen formación en ciencias sociales, en ambos grupos, se ubican en un punto intermedio: a veces utilizan las notas para aportar información más específica, pero no emplean más de una referencia por afirmación. No se trata de una mera “nota al pie”, aunque de eso se trate. En la salud pública, una vez que es posible

Notas

sustentar una afirmación con datos válidos, su verdad queda establecida —la intervención queda “probada”— hasta que surjan datos que contradigan dicha afirmación. Para la ley, la prueba siempre tiene que ver con el peso de la evidencia o con la duda razonable (y cuántas más fuentes haya para comparar, mejor); la verdad se establece mediante un proceso dinámico de negociación y argumento, y está siempre sujeta a revisión tanto en base a la forma en que van evolucionando las concepciones acerca de las normas, como a las revelaciones fácticas.

38. Por supuesto que existen variaciones, incluyendo las muestras aleatorias estratificadas y las muestras en racimo, así como muestras al azar cuando las circunstancias lo requieren.

39. Ver S. Cohen y B. Seu, “Knowing Enough Not to Feel Too Much: Emotional Thinking about Human Rights Appeals”, en *Truth Claims: Representation and Human Rights*. M.P. Bradley and P. Petro, eds. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2002, pp. 187-204; S. Cohen, *Denial and Acknowledgement: The impact of information about Human Rights Violations*, Jerusalem: Center for Human Rights, Faculty of Law, The Hebrew University of Jerusalem, 1995.

40. Ver también A. Rosenfield, “Maternal Mortality as a Human Rights and Gender Issue”, en *PATH Dialogue*, pp. 9-14.

41. Por ejemplo, International Commission of Jurists, *Economic, Social and Cultural Rights in Practice: The Right to Health*. Informe de la Reunión Paralela realizada en abril de 2002 en Ginebra, p.6.

42. Un análisis de los derechos y las capacidades se puede encontrar en A. Sen, *Inequality Reexamined*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1992, pp. 56-87.

43. A. Castro y P. Farmer, “Understanding and Addressing AIDS-Related Stigma: From Anthropological Theory to Clinical Practice in Haiti”, en *American Journal of Public Health* 95, 2005: 53-59.

44. *Ibid.*, p. 53.

45. Ver R. Petchesky, “Introduction” en *Negotiating Reproductive Rights; Women’s Perspectives across Countries and Cultures*. R. Petchesky y K. Judd, eds., Londres: Zed Books, 1998, p. 11. (Nota de la traductora: hay versión en castellano: *Cómo negocian las mujeres sus derechos reproductivos en el mundo: una intersección entre culturas, política y religiones*. México: El Colegio de México, 2006.)

46. Ver, por ejemplo, B. Klugman y Z. Hlatshwayo, “Strategy and Action for Abortion Access: A Comparative Analysis”, en *Advocating for Abortion Access: Eleven Country Studies*. B. Klugman y D. Budlender, eds., Sudáfrica: The Johannesburg Initiative, Women’s Health Project, School of Public Health of the University of Witwatersrand, 2001, pp. 7-40.

47. Dos de sus aspectos más criticados son: 1) la definición estrecha, biológica, de las enfermedades de las mujeres como trastornos, sin hacer referencia a las condiciones que a su vez refuerzan las jerarquías injustas de género; y 2) el poder casi sin restricciones del que están investidos los médicos (en su gran mayoría, hombres) para decidir el destino de los cuerpos y las vidas de las mujeres, no solo alienta el paternalismo opresivo sino que permite que decisiones claramente políticas y moralistas se encubran bajo el disfraz de la autoridad médica. Ver, por ejemplo, Alicia Ely Yamin, “Embodying Shadows: Tracing the Contours of Women’s Rights to Health”, en *From the Margin of Globalization: Critical Perspectives on Human Rights*. N. Gordon, ed., Nueva York: Lexington Books, 2004, pp. 223-257.

48. R. J. Cook, “Gender, Health and Human Rights”, en *Health and Human Rights* 1, 1995:350-367, p. 357.

49. Observación General N° 14, par. 14, Comité DESC. Ver también la importancia que se asigna a la atención de emergencia en obstetricia en la Observación General N° 24: “La salud de la mujer” (2 de febrero de 1999). Comité Nacional de las Naciones Unidas para la

Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, U.N. GAOR, 1999, Doc. ONU A/54/38/ Rev. 1,3-7, par. 17 [de aquí en adelante, Comentario General N° 24 del Comité CEDAW]. Ver también A. E. Yamin y D. P. Maine, “Maternal Mortality as a Human Rights Issue: Measuring Compliance with International Treaty Obligations”, en *Human Rights Quarterly* 21, 1999, pp. 563-607.

50. L. P. Freedman, “Shifting Visions: Delegation Policies and the Building of a Rights-Based Approach to Maternal Mortality”, en *Journal of the American Women’s Medical Association*. 57, 2002:154-158, p. 157.

51. P. Farmer, *Pathologies of Power: Health, Human Rights and the New War on the Poor*. Berkeley, CA: University of California Press, 2003, p. 146.

52. Ver, por ejemplo, A. E. Yamin, con R. Hurtado, *Castillos de arena en el camino hacia la modernidad: una perspectiva desde los derechos humanos sobre el proceso de reforma al sector salud en el Perú (1990-2000) y las implicancias en la muerte materna*, Lima: Universidad de San Marcos/Centro de la Mujer Peruana “Flora Tristán”, 2003.

53. United States Leadership Against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria Act (Global AIDS Act), HR 1298, Mayo 27, 2003, citado en P. Saunders, “Prohibiting Sex Work Projects, Restricting Women’s Rights: The International Impact of the 2003 U.S. Global AIDS Act”, en *Health and Human Rights* 7.2, 2004:179-192, p.188.

54. Un análisis de la historia de este fenómeno en el Perú, por ejemplo, se puede encontrar en C. Ewig, “Gender Equity and Neoliberal Social Policy: Health Sector Reform in Peru” (tesis de doctorado, University of North Carolina at Chapel Hill, 2001).

55. Entre otras cosas, la alta rotación de funcionarias/os nombradas/os por razones políticas en los ministerios de salud hace que resulte difícil sostener los cambios programáticos o lograr que sean asimilados más allá de un nivel superficial. Ver un análisis sobre las estructuras

cambiantes en R. Unger, *Passion: An Essay on Personality*, Londres: The Free Press, 1984, p. 21. Ver también S. Marks, eds., *Health and Human Rights: The Educational Challenge*. Cambridge, MA: American Public Health Association and François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, 2002.

56. Ver A. E. Yamin, "Possibilities and Challenges for Innovative Praxis in Health and Human Rights: Reflections from Peru," *Health and Human Rights* 6.1, 2002:35-64, pp. 57-62.

57. Se ha prestado una atención considerable a la formación de las/os profesionales de la salud en la literatura académica, pero muy pocos de esos textos se han dedicado a la necesidad de que los médicos varones tengan una mayor conciencia social y a alentarlos a convertirse en actores para el cambio social. Ver, por ejemplo, los artículos en un número reciente del *British Medical Journal* dedicados al tema de cómo crear mejores médicos: "Editor's choice. The BMJ's wild goose chase," *BMJ* 325, N° 7366, 2002; P. Wilcock y A. Lewis, "Putting improvement at the heart of health care," *BMJ* 325, N° 7366, 2002: 670-671. Ver también, T. Richards, "Diplomatic champion of wide public health issues," *BMJ* 322, N° 7294, 2001, p. 1086; C. Bateman, T. Baker, E. Hoorneborg y U. Ericsson, "Bringing global issues to medical teaching," *Lancet* 358, N° 9292, 2001:1539-1542; MedAct, *Global Health Studies: Proposals for Medical and Nursing Undergraduate Training*, Londres: MedAct, 2001.

58. P. Freire, *Education for a Critical Consciousness*. Nueva York: Continuum, 2002. (Nota de la traductora: se trata de una edición en inglés que reúne dos obras de Freire: *La educación como práctica de la libertad* y *¿Extensión o comunicación?*)

59. Ver, por ejemplo, Informe N° 29/01 de la Comisión Interamericana, Caso 12.249, Jorge Odir Miranda Cortez *et al. c/ El Salvador*, Mar. 7, 2001 (La Comisión considerará la negativa del Estado salvadoreño a comprar la triple terapia y otros medicamentos como

parte de la obligación de garantizar la salud y la calidad de vida, así como la supervivencia); Corte Constitucional de Colombia, Veredicto del magistrado Fabio Morón Díaz T-328/98 Acción de Tutela (la privación de tratamiento antirretroviral por parte del Instituto de Seguridad Social al demandante que no podía pagarlo constituyó violación de los derechos a la vida y la salud, así como de la prohibición de discriminar); Treatment Action Campaign.

60. Ver, por ejemplo, Informe 66/00 de la Comisión Interamericana, Caso 12.191 *María Mamérita Mestanza Chávez c/ Perú* (2000) (homicidio culposo debido a negligencia en esterilización forzada).

61. Ver A. Wilson, "The Transnational Geography of Sexual Rights", en *Truth Claims: Representation and Human Rights*. M.P. Bradley y P. Petro, eds., New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2002, p. 251.

62. Ver y comparar A. Mohamud y E. Murphy, "Reproductive Health, Gender and Human Rights: The Sexuality Connection", en *PATH Dialogue*, pp. 3-7.

63. Ver A. Miller, "Sexual but Not Reproductive: Exploring the Junction and Disjunction of Sexual and Reproductive Rights" en *Health and Human Rights* 4.2, 2000, pp. 69-109. (Nota de la traductora: hay versión en castellano: Alice M. Miller, "Sexual no reproductivo: Explorando la conjunción y disyunción de los derechos sexuales y reproductivos," en *Derechos sexuales y reproductivos. Aportes y diálogos contemporáneos*, Sofía Gruskin (Editora), Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.)

64. Ver, por ejemplo, Ignacio Sáez, "Bracketing Sexuality: Human Rights and Sexual Orientation. A Decade of Development and Denial at the U.N.," en *Health and Human Rights* 7.2, 2004, pp. 48-81; C. Rothschild, "Not Your Average Sex Story: Critical Issues in Recent Reporting on Human Rights and Sexuality", en *Health and Human Rights* 7.2, 2004, pp. 165-178.

65. Ver A. Miller, *op. cit.*

66. H. Watchirs, "Review of Methodologies Measuring Human Rights Implementation", en *Journal of Law, Medicine & Ethics* 30, 2002:716-733, p. 716.

67. Los diecisiete indicadores básicos son los siguientes: 1) tasa total de fertilidad; 2) tasa de prevalencia de anti-conceptivos (cualquier método); 3) tasa de mortalidad materna; 4) cobertura de atención prenatal; 5) nacimientos atendidos por profesional de salud capacitado; 6) disponibilidad de atención obstétrica básica y esencial; 7) disponibilidad de atención obstétrica esencial exhaustiva; 8) tasa de mortalidad peri-natal; 9) prevalencia del bajo peso al nacer; 10) prevalencia de serología positiva a la sífilis en mujeres embarazadas; 11) prevalencia de la anemia en las mujeres; 12) porcentaje de admisiones obstétricas y ginecológicas debidas al aborto; 13) prevalencia denunciada de mujeres con mutilación genital; 14) prevalencia de infertilidad en las mujeres; 15) incidencia denunciada de uretritis en hombres; 16) prevalencia del VIH en mujeres embarazadas; y 17) conocimiento de prácticas de prevención relacionadas con el VIH. De Organización Mundial de la Salud, *Reproductive Health Indicators for Global Monitoring. Report of an inter-agency technical meeting*, 9-11 de abril de 1997. WHO/RHT/HRP/97.27.

68. Base de datos sobre indicadores de salud reproductiva de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, disponible en: www.softegen.ch/RHR/mainpage.htm. También son interesantes las iniciativas de monitoreo que están llevando adelante redes de ONG de mujeres en varios países: la red con sede en Malasia, el Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women (ARROW) y la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC). Para mayor información, visitar el sitio de ARROW en Internet: <http://www.arrow.org.my>, y los de la RSMLAC en <http://www.reddesalud.org> y también <http://www.ateneaproyecto.org>. Ver también W. Malina, ed., "Critical Issues and Topics in Sexual and Reproductive Health Indicator Development: An Annotated Bibliography", documento preparado para el Indicators



Committee of the Reproductive Health Affinity Group of the Ford Foundation, 2002; Family Care International, *Meeting the Cairo Challenge. Progress in Sexual and Reproductive Health. Implementing the ICPD Programme of Action*, Nueva York: FCI, 1998; UNFPA, *Indicators for Population and Reproductive Health Programs*, Nueva York: UNFPA, 1998.

69. L.P. Freedman, M. Wirth *et al.*, *Millennium Development Project Task Force 4: Interim report on child health and maternal health*. Disponible en: <http://www.unmillenniumproject.org/documents/tf4interim.pdf>.

70. Ver, por ejemplo, “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, informe de Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos. AG de la ONU, Sesión 55va, A/58/427, 10 de octubre de 2003; “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, informe de Paul Hunt, Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, presentado de acuerdo a lo establecido por la Resolución 2004/27 de la CDH, Doc. ONU A/59/ 27 de septiembre del 2004, par. 58.

71. P. Hunt, M. Nowak, S. Osmani, “Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies”, 2002, par. 37. Disponible en línea en la página web: <http://www.unhchr.ch/development/povertyfinal>.

72. Ver, por ejemplo, R. Petchesky, “Globalization, Health Sector Reform, Gender and Reproductive Health: The Economic Justice Implications.” En *Globalization, Health Sector Reform. Gender and Reproductive Health*. Santiago de Chile: Globalization Committee of Reproductive Health Affinity Group, Ford Foundation, 2001, pp. 55-61.

73. A. C. Laurell, “Globalización y reforma del Estado”, en *Saúde, Equidade e Gênero: um desafio para as Políticas Públicas*, Buenos Aires: Abrasco/ALAMES/UnB, 2000, p. 42.

74. Ver, por ejemplo, A. Laurell y Olivia López Arellano, “Market Commodities and Poor Health: The World Bank Proposal for Health”, en *International Journal of Health Services* 26, 1996, pp. 1-18.

75. M. Garduño Andrade, “Poros y Grietas de los modelos de gestión en salud”, en *Saúde, Equidade e Gênero: um desafio para as Políticas Públicas*, Buenos Aires: Abrasco/ALAMES/UnB, 2000, pp. 120-121.

76. Programa de Acción de la CIPD, *op cit.* Ver también Murthy, *et al.*, *op cit.*, p. 7.

77. Ver, por ejemplo, H. Standing, *Gender and Health Sector Reform*, Boston, MA: Harvard Center for Population and Development Studies, 2000; PAHO, *Género y las políticas de salud. Transcrito del seminario-taller Género. Salud y Desarrollo*, Washington, D.C.: PAHO, 1995; Globalization Committee of Reproductive Health Affinity Group, Ford Foundation, *Globalization, Health Sector Reform, Gender and Reproductive Health*, Santiago de Chile: Globalization Committee of Reproductive Health Affinity Group, Ford Foundation, 2001; E. Goodburn y O. Campbell, “Reducing Maternal Mortality in the Developing World: Sector- Wide Approaches May Be the Key” en *British Medical Journal* 322, 2001, pp. 917-920.

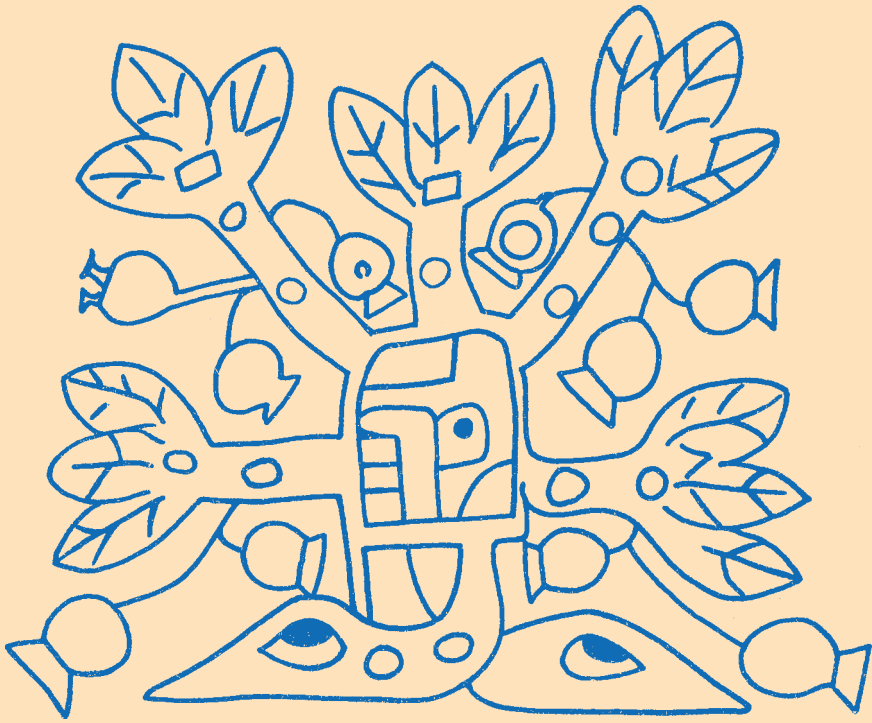
78. Ver, por ejemplo, B. Evers y M. Juárez, “Understanding the Links: Globalization, Health Sector Reform, Gender and Reproductive Health”, en *Globalization, Health Sector Reform. Gender and Reproductive Health*, Santiago de Chile: Globalization Committee of the Reproductive Health Affinity Group, Ford Foundation, 2001.

79. Los acuerdos de comercio son otra herramienta significativa que las instituciones financieras internacionales están utilizando para reconfigurar el papel del Estado, que dejará de estar basado en la regulación social activa para pasar a abstenerse de intervenir frente a los resultados del accionar de los mercados. Por ejemplo, en las propuestas tanto para el Acuerdo de Libre Comercio para las

Américas (ALCA) como del Acuerdo General sobre el Comercio de Servicios (GATS, por sus siglas en inglés), servicios humanos que tienen significativas dimensiones de género —como la atención a la salud y el agua— se definen como bienes comerciables. Los borradores de esos acuerdos, que es muy probable sean aprobados y son representativos de una tendencia, no solo van a facilitar una mayor privatización y desregulación de la atención a la salud y del agua, sino que van a permitir que tribunales comerciales que nadie eligió y que a nadie deben rendir cuentas, hagan caso omiso de las protecciones públicas si éstas entran en conflicto con los intereses de las corporaciones privadas, socavando así la capacidad de las instituciones públicas para proteger la salud de la población, incluyendo la salud reproductiva y sexual. Por lo general, estos acuerdos comerciales dan por sentado que una gama de protecciones públicas son en realidad barreras para el comercio y por lo tanto merecen ser eliminadas. Tanto desde una perspectiva de salud pública como desde una de derechos humanos, es importante analizar si la privatización o la desregulación pueden realmente constituirse en barreras para el acceso a la salud y generar mayores desigualdades, entre ellas las de género, en determinados contextos. Un análisis sobre lo importantes que son estos temas para quienes trabajan en salud pública y la escasa atención que sin embargo se les presta, puede encontrarse en E. R. Shaffer, H. Waitzkin, J. Brenner, y R. Jasso-Aguilar, “Global Trade and Public Health,” *American Journal of Public Health* 95, 2005, pp. 23-34.

80. Ver, por ejemplo, OMS, *Transforming Health Systems: Gender and Rights in Reproductive Health*; y el *PATH Dialogue*.

81. Ver P. Neruda, “Hacia la espléndida ciudad”. Discurso pronunciado al recibir el Premio Nóbel, el 13 de diciembre de 1971. Disponible en línea en: <http://www.nobelprize.org/literatura/laureates/1971/Neruda-lecture.html>. (Nota de la traductora: se puede leer en castellano en: <http://www.abacq.net/imaginaria/discurl1.htm>.)





Análisis de caso # 1

Trata con fines de explotación sexual

La historia de Neela

Cuando Neela tenía 14 años, su padrastro la llevó del pueblo rural nepalés en el que vivían a la capital, Katmandú, donde un amigo suyo le consiguió trabajo en una fábrica de alfombras. Pocos meses después, un joven compañero de trabajo que le habían presentado como primo suyo, sugirió que ambos podían abandonar la fábrica y mudarse a una ciudad en la frontera con la India donde, según él, las condiciones de trabajo eran mejores y podían ganar más dinero. Neela estuvo de acuerdo y después de viajar en ómnibus y tren durante seis días llegaron a Bombay.

A Neela la llevaron a una casa que más tarde descubrió era el hogar del administrador de un burdel. A la mañana siguiente la llevaron a otra casa en la que había unas 16 o 17 muchachas durmiendo en el suelo. Como era tan joven, a Neela la mantuvieron en una habitación separada, mientras “aprendía”.

Tres meses después, a Neela le dijeron que había sido comprada por 15.000 rupias (US\$ 500) y que tendría que trabajar hasta reponer ese dinero. Su primer cliente fue un hombre de mediana edad que pagó 5.000 rupias (US\$ 166) por ella, por ser virgen. Neela informó a Human Rights Watch/Asia que el administrador siempre pedía más dinero por las muchachas nuevas, pero que a ella nunca le dijeron cuánto pagaban los clientes habituales o cuánto tiempo le iba a llevar pagar su deuda. Todo el dinero iba directamente a manos del administrador.

Al ser la más joven del burdel, a Neela la trataban mejor que a muchas de las otras muchachas y mujeres que trabajaban allí. La insultaban y la amenazaban, pero no la golpeaban. Ella vio cómo otras que trabajaban allí recibían golpizas

frecuentes y brutales, “hasta que les salía sangre de la boca”, por haber intentado escapar o rebelarse.

En el burdel había muchas otras muchachas que eran menores de edad, todas nepalesas. Neela dijo que la policía hacía razzias en el burdel con bastante frecuencia, buscando a menores de edad, y que cuando llegaba la policía los dueños del burdel intentaban esconder a las recién llegadas porque “los policías no eran todos iguales”. A veces los policías, que iban al burdel vestidos de civil como clientes que pagaban y la buscaban expresamente a ella, regresaban después para realizar una razzia.

Neela explicó que no había preservativos disponibles en el burdel donde trabajó, aunque a veces los clientes traían los suyos. Ella nunca le pidió a ningún cliente que usara preservativo. Después de haber pasado casi un año en el burdel, a Neela la detectaron en una razzia policial y la llevaron a un *ashram* (refugio) para niñas y niños por ser menor de edad. En el *ashram*, los análisis para detectar el VIH le dieron positivo.

Neela vivió en el refugio durante dos años. Cuando cumplió los 18, la policía le preguntó si quería regresar a su casa y ella estuvo de acuerdo. La policía india informó del asunto a su contraparte nepalesa y a Neela la llevaron a Katmandú, donde pasó ocho días detenida en una sede policial. En ese tiempo, la policía la llevó al hospital, diciéndole que iban a hacerle una revisión médica porque estaba regresando de Bombay. Luego le dijeron que sus análisis de VIH habían dado positivo.

Neela contó que una periodista la entrevistó apenas dos días después de haber llegado a Katmaundú, cuando ella todavía estaba detenida, y que tanto su foto como su historia fueron publicadas en un periódico local, pero ella no sabía en cuál. Como resultado de eso, decidió no intentar localizar a su familia. Ahora vive en otro refugio.

Fuente: Human Rights Watch, *Rape For Profit: Trafficking of Nepali Girls and Women to India's Brothels*, Nueva York: Human Rights Watch, 1995. Se puede conseguir en línea en <http://www.hrw.org/reports/1995/India.htm>.

Cuestiones de salud pública en la trata con fines sexuales: el caso de Neela

Maha El Rabbat

La autora es profesora adjunta de Salud Pública en la Facultad de Medicina de la Universidad de El Cairo, Egipto.

Definición de los temas

El caso de Neela plantea una serie de cuestiones de salud pública que están relacionadas entre sí de manera que ejemplifican relaciones de causa-efecto: el trabajo infantil y el desplazamiento interno alejándose de la familia; la trata; la esclavitud; la desigualdad de género; la violencia, el abuso sexual y las malas condiciones de trabajo; la falta de control sobre la propia sexualidad y las relaciones sexuales; la mala salud reproductiva y sexual que lleva a una morbilidad grave (en este caso, al VIH/SIDA). A nivel social, la difusión del VIH/SIDA plantea un problema que tiene consecuencias tanto en el corto como en el largo plazo. Esto se combina con el claro impacto que la violencia en general y la violencia de género en particular tienen sobre la salud y el desarrollo, llevando a una socialización negativa e incluso a la prisión. A nivel institucional, aparece como tema el de los hogares-refugios (que no se analizan en el relato), el cómo y el por qué Neela se vio obligada a permanecer allí porque no se sentía capaz de enfrentar a su familia o a su comunidad tras haberse visto expuesta públicamente. En el caso de Neela se pueden advertir muchos factores subyacentes: su juventud, ignorancia e inexperience, falta de autoestima, carencia de educación, baja condición socioeconómica y pobreza, así como cuestiones de género y la falta de servicios de salud.

Eliminar la prostitución infantil es una prioridad para la salud pública. Debido a su edad e inmadurez, las niñas son más vulnerables a las estructuras establecidas de la industria sexual, y se enfrentan a mayores probabilidades de resultar víctimas de esclavitud y de violencia relacionada con la trata. Se enfrentan a un riesgo mucho más alto de contraer el VIH/SIDA y es mucho menos probable que tengan acceso a la información sobre los riesgos y consecuencias que conlleva. También es mucho menos probable que tengan acceso a los medios para prevenir infecciones, incluyendo los preservativos. Cuando sí tienen acceso

a esos medios, en muchos casos carecen del poder necesario para negociar prácticas sexuales seguras (Belsey, 1996). Además, los esfuerzos exitosos por eliminar la prostitución infantil deberían reducir el problema de la prostitución adulta.

Una segunda prioridad de salud pública es la prevención de la trata, reduciendo la vulnerabilidad de las niñas y sus familias e incrementando las oportunidades económicas para las familias y comunidades que por carencias expulsan a sus niñas. Esto se puede lograr mediante la educación y la concientización acerca de las niñas en riesgo de ser traficadas y de quienes pueden convertirse en traficantes, así como a través de actividades de empoderamiento para las niñas tales como servicios integrales de salud reproductiva que promuevan la salud sexual y el uso de preservativos (OIT-IPEC, 2001).

Actores/instituciones

Los esfuerzos por eliminar la trata y las actividades para enfrentar sus consecuencias exigen el aporte de una amplia variedad de grupos, y no solo de los gobiernos y las agencias dedicadas al bienestar de la infancia. Es importante aprovechar las habilidades y capacidades de difusión de la mayor cantidad posible de grupos diferentes y aprender de sus experiencias especializadas para crear actividades innovadoras y focalizadas.

En oposición a las adultas, la dependencia y vulnerabilidad de las niñas hacen que brindarles cuidados y servicios de apoyo resulte un desafío mayor, dado que exige la participación sostenida de las agencias interesadas. Puesto que la trata tiene dimensiones transnacionales, la cooperación internacional, o por lo menos bilateral, resulta esencial. Esto implica establecer una relación de cooperación entre una variedad de ONG en distintos países, y entre gobiernos. Una

posibilidad es un sistema por el que el país afectado destine agentes de policía que puedan actuar como enlaces en los países a los que sus ciudadanas viajan en gran número. También se deben establecer acuerdos bilaterales o regionales sobre la extradición y el juzgamiento de traficantes, así como medidas para favorecer la repatriación (OIT, 2002).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), organismos de Naciones Unidas (las agencias que se ocupan de los derechos de la infancia y de los de las mujeres, como UNICEF y FNUAP), ONG, múltiples sectores y otros grupos profesionales son todos actores importantes que deben ser incluidos en la elaboración de estrategias efectivas.

Debido a la complejidad de las intervenciones, los Modelos de Múltiples Partes Interesadas (MPI)¹ están surgiendo como una herramienta importante para incentivar la participación, sumándose así a la lista del párrafo anterior: agencias gubernamentales, grupos de mujeres, jóvenes y niñas, asociaciones profesionales, el sector empresarial, comunidades religiosas, y los medios. Para poder utilizar los MPI, se debe crear un grupo de trabajo conformado por funcionarias/os relevantes del gobierno, que incluya a representantes de la policía, las autoridades migratorias, las agencias de bienestar social, y los departamentos de educación y salud, con la finalidad de coordinar esfuerzos integrales para abordar la trata y la explotación de niñas (Lim, 1998, p. 217).

No obstante, no hay suficientes instituciones disponibles como para abordar la situación descrita mediante un enfoque desde la salud pública: el problema tiene dimensiones múltiples y los procedimientos que exige implican legislación también de amplio alcance. Además, la cobertura total de los programas ha sido muy pequeña comparada con los grupos objetivo potenciales. Esto se puede atribuir a la asignación limitada de fondos públicos, la falta de información precisa o las preocupaciones de los gobiernos frente a las objeciones de los grupos religiosos (Lim, 1998; Muntarhorn, 1996).

Estos desafíos se pueden superar reconociendo la realidad de la trata y sus consecuencias, así como la necesidad de ocuparse de la situación una vez que

se ha determinado el alcance del problema. A esto le debería seguir el establecimiento de prioridades nacionales y acciones concebidas mediante la cooperación entre organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, tanto en el plano nacional como internacional. También tenemos que preguntarnos a nosotras mismas si existe la suficiente cantidad de instituciones que ofrezcan servicios de prevención y rehabilitación. ¿Están distribuidas en forma equitativa de modo que lleguen a toda la población? ¿Las niñas y las mujeres en riesgo las utilizan? ¿Qué calidad tienen los servicios que brindan estas instituciones?

Naturaleza de la intervención/respuesta

El curso de acción apropiado para ayudar a las mujeres en este escenario sería: 1) impedir la trata de niñas; 2) a las que ya han sido traficadas, retirarlas de la industria del sexo comercial y reintegrarlas; 3) prevenir y controlar los riesgos relacionados con la salud; 4) crear conciencia pública acerca del problema; y 5) abocarnos a la gestión, defensa y empoderamiento.

Esto podría hacerse mediante programas integrales orientados hacia los derechos humanos,² las perspectivas de género y el trabajo en alianza.³ Esos programas podrían incluir actividades de prevención, protección, cuidado, apoyo y rehabilitación. *Es necesario recordar que las intervenciones programáticas integrales deben tomar en cuenta las situaciones y realidades específicas de cada país o región, incluyendo factores nacionales, regionales y subregionales, así como sus contextos legales y culturales.*

Una estrategia de esta clase implica fortalecer las agencias nacionales para que sean capaces de brindar asistencia legal, social y económica a grupos objetivo que se encuentren en riesgo y a las víctimas de la prostitución; así como de organizar intervenciones en las instituciones encargadas del cumplimiento de la ley, como por ejemplo la capacitación de profesionales y paraprofesionales acerca de cómo tratar a las víctimas en las diversas facetas de la intervención.

Empoderamiento de las niñas: programas que se ocupen directamente de la vulnerabilidad de las niñas a la trata, así como actividades para crear conciencia

entre el público en general y en líderes comunitarias/os, son formas comunes de empoderar a las niñas. Entre las actividades a realizar se encuentran: educar a las niñas acerca de sus cuerpos y la sexualidad, enseñarles el uso del preservativo, brindarles capacitación en habilidades comunicacionales referidas al sexo, mejorar la condición económica de las mujeres, desarrollar las tecnologías para la prevención e incrementar el acceso a éstas, enriquecer el apoyo social a las mujeres que están luchando por protegerse y, lo que es más importante, desarrollar la responsabilidad de los muchachos y hombres (clientes) en la prevención y el control del problema de la trata.

La gestión y la defensa cumplen un papel decisivo para garantizar que se creen, financien, implementen y mantengan programas sobre salud reproductiva y sexual dirigidos a adolescentes. La gestión y la defensa deberían esforzarse por influir sobre el clima político, las percepciones del público, las decisiones políticas y los recursos para mejorar la salud reproductiva y sexual de las adolescentes.

Entre las medidas de prevención se encuentran la vigilancia y el monitoreo, campañas de información pública para promover valores y movilizar en mayor escala la participación del público en la prevención, enseñanza profesional, educación apropiada en planificación familiar y sexualidad, suministro de apoyo social y servicios económicos.

Los programas de salud deben abordar la accesibilidad de los servicios de salud reproductiva para las adolescentes, incluyendo exámenes médicos, exploración y gestión de las enfermedades sexualmente transmisibles (ETS) y asegurar la provisión de métodos anticonceptivos, incluyendo los preservativos. Los servicios para la prevención y el control de ETS, incluyendo el VIH, deberían estar incorporados a los programas de atención a la salud reproductiva, mediante la introducción de campañas de información muy activas y la promoción del uso del preservativo, con sensibilidad de género.

Las actividades de asistencia y reintegración implicarán rescatar a las víctimas traficadas y regresarlas a sus hogares o llevarlas a hogares-refugio, si fuera necesario. La reintegración de las víctimas rescatadas

de la trata incluye asistencia social, psicológica, sanitaria y económica, así como formación profesional. Por ejemplo, *Sema Pattana Chivit* (*chivit* significa “desarrollando la calidad de vida”) es un programa para niñas que están en riesgo de ser captadas por la prostitución en Tailandia. World Vision International (WVI) tiene una importante experiencia en programas de recuperación en Camboya. Describen su proyecto, *Neavea Themy* (que significa “barco nuevo” en jémer) como un vehículo que ofrece a la gente joven una salida de la oscuridad hacia un futuro más luminoso. En sus primeros cinco años de funcionamiento, este proyecto ha ayudado a 248 niñas de entre 7 y 18 años. Del total de participantes en el proyecto, 126 se reunieron con sus familias, 42 fueron reubicadas en hogares grupales y consiguieron trabajo, 37 permanecieron en el Centro, 37 escaparon y 6 murieron de SIDA (OIT, 2002).

Todos los abordajes llevados a cabo desde la salud pública deberían tomar en cuenta la heterogeneidad de la industria sexual y tratar de manera diferente las necesidades de las niñas y de las adultas. Las respuestas efectivas exigen medidas que apunten a actuar sobre las condiciones económicas y sociales, y deberían centrarse en los derechos humanos. La naturaleza multifacética de los factores que subyacen a la prostitución y las consecuencias de la explotación sexual demandan medidas integrales para tratar no solo con las niñas sino también con otras partes involucradas, tales como las madres y padres, clientes e intermediarios, quienes tienen la responsabilidad de hacer cumplir las leyes, la comunidad y la sociedad en general (Linter and Linter, 1996).

Se deben tomar en cuenta varias dimensiones y perspectivas en los programas. Una es la de los marcos de referencia políticos y legales, pues resultan esenciales para integrar las prácticas de salud pública a las estrategias nacionales existentes. Otra dimensión que debe considerarse es la medida en que el programa facilita la participación de la comunidad y la asociación efectiva con otras agencias para integrarse a las aspiraciones y cultura de la población o grupo objetivo (comunidad, víctimas de la trata, clientes). Los gobiernos también deberían establecer programas de salud integrales, específicos, según las edades de sus beneficiarias, como parte de la política de salud

general del país. Para alcanzar mejoras, los programas y las políticas deben promover la igualdad de género y el respeto de los derechos reproductivos y sexuales para las mujeres.

Casos individuales y políticas sociales

La práctica clínica con mujeres individuales es una oportunidad para ejercer una consejería apropiada y una ocasión muy importante para apoyar el empoderamiento de las mujeres mediante la educación acerca de sus derechos reproductivos. Esto, a su vez, tendrá impacto sobre su desarrollo y llevará a las mujeres a estar en condiciones de asumir posiciones de poder. A medida que la sociedad como un todo vaya tomando más conciencia de la situación, podrán desarrollarse la gestión y la defensa y, como consecuencia de ellas, los cambios legales y políticos necesarios para brindar soluciones a los problemas sociales de carácter sanitario que se hayan generado.

Las evidencias producto de la práctica clínica, así como el carácter urgente de los problemas de salud —tales como la amenaza del VIH y la victimación de las niñas— pueden hacer que quienes diseñan las políticas reconozcan que la prostitución y la trata exigen una revisión de las medidas legales, políticas y programáticas (preventivas y de control). De este modo se logrará la mejora y una mayor accesibilidad de las tecnologías para la prevención y la creación de programas y servicios de salud reproductiva integrales y específicos para las distintas edades, capaces de garantizar servicios apropiados, consejería y que quienes hayan sido infectadas con el VIH estén protegidas contra la discriminación (Lim, 1998, p. 21).

La práctica clínica aporta información acerca de las necesidades de las mujeres en diversas situaciones. Para las que eligen libremente quedarse en la industria del sexo, las políticas deberían centrarse en el mejoramiento de sus condiciones de trabajo, la prestación de protección social y la garantía de que se les aseguren los mismos derechos y beneficios laborales que a otras trabajadoras. Para las que se han visto forzadas, han sido engañadas o violadas, la prioridad debería ser rescatarlas, rehabilitarlas y reintegrarlas a la sociedad.

La inclusión de un sector de la población que suele no ser visible en la estrategia de salud de un país plantea cuestiones importantes. Las necesidades de salud de estas mujeres son de alguna manera diferentes y las repercusiones en materia de salud son mayores que las de la población general. Debido a las restricciones presupuestarias y a las demandas en aumento, una política de salud centrada en lo poblacional puede pasar por alto esta situación. Quienes diseñan las políticas necesitan encontrar una forma de reconocer estas necesidades e incorporarlas a los programas de salud. También resulta esencial que los gobiernos encaren acciones efectivas a través de esfuerzos nacionales para el desarrollo, con particular énfasis en las políticas económicas y sociales necesarias para garantizar recursos adecuados que permitan llevar adelante los programas. Los programas de salud deberían cubrir la provisión de información y consejería acerca de los riesgos de salud y las medidas preventivas, así como los exámenes y tratamientos médicos específicos. Esto podría hacerse mediante un sistema de registro y monitoreo obligatorios, que permitiría no perder de vista a las trabajadoras sexuales y a sus clientes.

Obstáculos culturales y sociales

La magnitud del problema de la trata y la explotación laboral de las niñas en una determinada área geográfica depende de las jerarquías familiares y comunitarias, las tradiciones culturales y los valores socioculturales que alientan la discriminación de género y el desprecio por los derechos de las mujeres y las niñas (OIT, 2000). Muchas culturas tienen una larga tradición de trabajo infantil en el hogar o en el campo para ayudar a las familias. En muchas culturas, enviar a las niñas a trabajar en lugares alejados se considera socialmente aceptable y suele ocurrir en el contexto de problemas familiares que tienen que ver con el carácter numeroso del grupo familiar o la imposibilidad de cuidar a una criatura debido a la pobreza extrema en que se vive. El contexto en el que viven las mujeres y las niñas obviamente determina las opciones de que disponen, las estrategias que usan y la forma en que sobreviven (Kinnoforum, 2002). Esto hace que los servicios públicos de atención a la salud resulten cada vez más inaccesibles

para las menos privilegiadas, cuyo número aumenta con la misma rapidez con que se implementan nuevas políticas para ocuparse de sus necesidades.

Algunas/os relativistas culturales sostienen que los planteamientos de derechos reproductivos carecen de sensibilidad cultural o chocan con las tradiciones culturales y los valores de la comunidad. Sin embargo, debemos reconocer que la “cultura” se crea y se recrea, se adopta y se subvierte en respuesta a las necesidades de las personas. Esto resulta de particular relevancia en las controversias que tienen lugar en lo relativo a la sexualidad adolescente. El tema aquí es si una percepción estrecha de la prostitución, en tanto institución social particular que surge de las contradicciones del sistema moral y de las prostitutas como mujeres que se apartan de los códigos tradicionales de conducta sexual, contribuye a comprender mejor el fenómeno o a crear medidas efectivas de salud pública. Las distintas miradas sobre la prostitución se basan en relaciones sociales subyacentes y en intereses individuales, familiares, del sector privado y estatal.

Aunque las principales religiones condenan la prostitución y las relaciones extramatrimoniales, hasta ahora la religión no ha ejercido una influencia dominante siquiera para reducir la oferta o la demanda relacionada con la trata, salvo tal vez en comunidades cerradas. (Algunas prostitutas refieren sentir remordimientos de conciencia.) (Reanda, 1991). Solamente la ley islámica castiga específicamente las relaciones sexuales extramatrimoniales y los actos sexuales ilícitos, incluyendo la prostitución, y esta prohibición se refleja en toda la legislación aplicable a las musulmanas, aun donde la prostitución es legal bajo la ley civil. El fundamentalismo religioso ha tendido a motivar una implementación más estricta de la *Shariah*, y en un país (Malasia) la ley se ha modificado para castigar a las musulmanas que ejercen la prostitución con penas más severas que las que prescribe el código penal del país. (Cabe señalar que la aplicación de la *Shariah* no ha impedido que exista la prostitución en Indonesia, uno de los países con mayor número de población musulmana.) Pero en los últimos tiempos, los movimientos fundamentalistas religiosos han presionado a las autoridades estatales para que se intensifiquen

las razzias y los controles preventivos (Lim, 1998; Muntarbhom, 1996).

El fuerte énfasis puesto en la religión como marco de referencia fundamental para la conducta y las opciones de las personas, deja de lado dos hechos de la realidad. El primero es que las/os defensoras/es tienden a elegir las interpretaciones de los textos religiosos que mejor sirven a sus propios fines. El segundo es que, cuando los utilizan las autoridades religiosas, estos argumentos hablan más acerca de su deseo de reforzar su poder y su autoproclamada autoridad para dictaminar qué conductas son las apropiadas. Cuando la utilizan otras partes interesadas, como por ejemplo las/os profesionales de la medicina, la religión se convierte en una herramienta poderosa para intimidar a los/as oponentes y para enmascarar intereses mundanos tras la idea de una ley sagrada (Seif El Dawla, 1997).

Los recursos económicos de las mujeres

La función económica que cumplen las niñas en las familias ha ido cambiando a medida que estas últimas se han ido apoyando cada vez más en los ingresos y las remesas provenientes de las hijas jóvenes. Varios estudios demuestran que los ingresos producto de la prostitución suelen ser mayores que los que se obtienen mediante otros trabajos que están al alcance de quienes cuentan con escasa o ninguna escolaridad (Lim, 1998; Muntarbhom, 1996). En el nivel micro, el trabajo y la generación de ingresos al interior de la comunidad pueden ejercer un impacto directo sobre las personas en riesgo y ayudarlas a eludir las presiones que empujan a las niñas y mujeres hacia los traficantes. Estos esfuerzos deberían ser ampliamente alentados mediante programas sostenibles; los proyectos de capacitación y generación de ingresos deberían brindar a las personas jóvenes habilidades que puedan serles útiles en el futuro (OIT, 2002). Además, la independencia económica empodera a las mujeres para ejercer sus derechos reproductivos y les asegura autonomía corporal, una mayor autoestima y dignidad, a la vez que les permite descubrir o redescubrir su propio valor y confiar en sí mismas. Por eso, las intervenciones en salud pública deberían abordar cuestiones tales como la equidad de género,

el trabajo, las oportunidades laborales, la educación, la gestión y la defensa.

Indicadores

Lamentablemente, la recolección de datos acerca de la magnitud de la trata se ve obstaculizada por un gran número de factores, entre los que se cuentan: a) la influencia de las normas sociales y culturales en cuanto a determinar qué constituye trata y abuso sexual, lo que impide que exista un consenso universal acerca de una definición de la trata de mujeres; b) bajo número de casos que llegan a juicio debido a las limitaciones para la investigación; c) ausencia de denuncias; y d) dificultades para identificar a las personas objeto de trata; e) utilización inadecuada de los datos debido al insuficiente número de instituciones o agencias; f) diversidad de grupos poblacionales; g) falta de estadísticas desagregadas en base a grupos o situaciones específicas; así como h) el hecho de que la información que puede surgir en el transcurso del tratamiento médico no debe pasar a formar parte de bases de datos a las que se tenga acceso generalizado (Huntington, 2002; IHRLLI, 2002; Kinnoforum, 2002; Laczko, 2002).

Para superar algunos de estos desafíos se pueden utilizar índices que abordan diferentes aspectos del problema. Por ejemplo: tasas de escolaridad (información que se toma de los registros directos en los censos o encuestas, o que se extrapola comparando los datos del censo con la inscripción y asistencia a las escuelas); número de niñas que viven en instituciones o que no viven con sus familias; datos sobre niñas que han sufrido abusos sexuales (datos provenientes de ONG, de encuestas o de registros policiales).

En principio, los indicadores deberían estar relacionados con objetivos específicos vinculados a actividades particulares (Huntington, 2002). Se podrían utilizar indicadores cualitativos para determinar en qué medida se está brindando protección contra diversas formas de explotación. Esos indicadores podrían incluir políticas y procedimientos para establecer controles migratorios acerca de la situación familiar; leyes, políticas y fórmulas para controlar y regular el trabajo infantil; programas para brindar servicios y hogares a

las niñas rehabilitadas; y políticas y procedimientos para que las policías locales, nacionales e internacionales puedan monitorear y eliminar la prostitución infantil, incluyendo la de las adolescentes.

Los indicadores de resultado se pueden relacionar con resultados inmediatos, intermedios y de largo plazo. Los *resultados inmediatos* son los que están vinculados con cambios en el conocimiento, las actitudes y las prácticas relativas a los aportes de los programas y la población. Los *resultados intermedios* miden los efectos de cambios en las prácticas relacionados con los aportes de los programas y la población. Por ejemplo:

- El número de niñas, adolescentes y mujeres que fueron apartadas de lugares de trabajo ilegal en el período de un año.
- El número de víctimas de la trata, identificadas y rescatadas, que han sido reintegradas a sus comunidades en el período de un año.
- El porcentaje de reducción de infecciones con VIH relacionadas con la trata en el período que transcurre entre dos fechas determinadas.

Tales indicadores intermedios se basarían en datos surgidos de encuestas y en información aportada por el sistema jurídico. Por último, los *resultados en el largo plazo* miden los cambios en la situación en su conjunto.

Vale la pena señalar que los datos básicos necesarios para crear esos indicadores no existen. Las fuentes de que disponemos no producen información que pueda contribuir a entender con claridad el fenómeno. Los registros de las instituciones encargadas del cumplimiento de la ley y de los tribunales sobre la trata y los delitos relacionados con ella solo reflejan las situaciones que fueron denunciadas, e incluso los informes sobre bienestar de la infancia utilizan las clasificaciones más elementales para registrar a las niñas. Estos factores, sumados a muchos otros, hacen que no existan datos disponibles para cuantificar en forma adecuada la magnitud de la trata (IHRLLI, 2002).

Diálogos entre diferentes esferas de acción

La salud pública comprende las acciones colectivas de una sociedad para garantizar condiciones de vida saludables. Pone énfasis en la responsabilidad cooperativa y compartida que alienta a las personas a formar comunidades políticas, precisamente para proteger y promover de la mejor manera posible la salud de la población. Tanto reforzar como restringir los intereses individuales en cuanto a la autonomía, la libertad, la intimidad o la propiedad puede convertirse en un acto legítimo si su fin es proteger la salud pública. Tal vez debido al hecho de que las conductas de riesgo pueden estar relacionadas con intereses personales o económicos, los derechos individuales con frecuencia se interponen en el camino de las regulaciones públicas. Las autoridades de salud pública tienen el poder de restringir libertades y derechos civiles para alcanzar el bien colectivo, pero dichas restricciones deben ser compatibles con las limitaciones constitucionales impuestas a la acción del Estado, y esta acción está limitada por los derechos individuales a la libertad, la autonomía, la propiedad y otros intereses protegidos por las Constituciones (Mann, 1997).

Algunas/os afirman, y con razón, que no existe un conflicto real entre la protección de los derechos individuales y la promoción de la salud pública; que la protección de derechos es siempre (o casi siempre) compatible con la preservación de la salud comunitaria, sobre todo si tenemos en cuenta los principios éticos estándar en los que se basa la salud pública: la obligación de maximizar los beneficios y reducir los daños, repartir en forma equitativa los beneficios y las cargas que imponen las acciones, y defender el derecho de las personas a la autodeterminación, protegiendo también a quienes tienen su autonomía mermada. Los vínculos entre los derechos humanos y la salud pública también resultan claros cuando observamos cómo las violaciones de los derechos humanos de las mujeres suelen tener consecuencias para su salud (Mann, 1997). En síntesis, hay una sinergia entre los derechos individuales y la salud pública; es decir que la defensa de los unos realza a la otra, y viceversa.

Por otro lado, algunas/os sostienen que los abordajes desde la salud pública y desde los derechos humanos se basan en marcos de referencia distintos y utilizan metodologías también diferentes. Es decir, que la salud pública presta atención a los resultados y asigna recursos de acuerdo a esa prioridad, mientras que el trabajo en derechos humanos se centra en la protección de los derechos, lo que puede plantear un dilema para la salud pública en un contexto de recursos limitados. Para que esta combinación tenga sentido, primero debemos hacer de las perspectivas de derechos humanos un componente fundamental para la resolución de problemas de salud pública. ■

Notas

1. Los procesos de múltiples partes interesadas buscan reunir a los principales grupos que tienen interés en un determinado tema para coordinar nuevos modos de comunicación, toma de decisiones e implementación. Reconocen que todas las partes tienen perspectivas y aportes únicos, y buscan crear alianzas coherentes entre ellas, así como fortalecer las redes al interior de cada sector y entre todos ellos (Hemmati, 2001).

2. Encarar la trata como un problema de derechos humanos presenta dos vías para el análisis: 1) que la prostitución es *per se* una violación de los derechos humanos y debería ser abolida; o 2) que son las condiciones en las cuales las mujeres ejercen la prostitución —por ejemplo, el engaño, el abuso, la violencia, etc.— y no el acto en sí mismo, lo que viola los derechos humanos (Kinnoforum, 2002).

3. Una perspectiva de trabajo en alianza implica llevar adelante las tareas en conjunto con otras organizaciones para compartir experiencias y responsabilidades, integrar esfuerzos y garantizar su sostenibilidad.

Referencias

- Abd El Razik, M. (2001). "Principles of demography and family planning handbook". ARE-POPIV/FP/RH Project Pathfinder International, Futures Group International.
- Belsey, M. (1996). "Commercial Sexual Exploitation of Children: The Health and Psychosocial Dimensions". Documento presentado por la OMS al Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños y Niñas, Estocolmo: 27-31 de agosto de 1996.
- Hemmati, M. (2001). *Multi-Stakeholders Processes. Executive Summary. Step by Step*. Informe (Provisional) del Proyecto UNED Forum, con aportes de Felix Dodds, Jasmin Enayati y Jan McHarry, abril del 2001. Se puede consultar en línea en <http://www.earthsummit2002.org/msp>.
- Huntington, D. (2002). "Anti-trafficking Programs in South Asia: Appropriate Activities, Indicators And Evaluation Methodologies". Informe resumen de una reunión técnica consultiva. Kathmandu: Population Council.
- Instituto de Derecho Internacional en Materia de Derechos Humanos (IHRLI) (2002). *In Modern Bondage: Sex Trafficking in the Americas*. Se puede conseguir en línea en <http://www.lawdepaul.edu/ihrl>.
- Kinnoforum (2002). *Resource Book for Working against Trafficking in Women and Girls in the Baltic Region*. Estocolmo: Kinnoforum.
- Laczko, F. (2002). "Human Trafficking: The Need for Better Data". International Organization for Migration. Migration Information Source. Se puede consultar en línea en <http://www.migrationinformation.org/>
- Lim, Lin Lean, ed. (1998). *The Sex Sector: The Economic and Social Basis of Prostitution in Southeast Asia*. Ginebra: OIT.
- Mann, J. (1997). "Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights", en *Hasting Centre Report*, mayo-junio de 1997, pp. 6-13.
- Muntarbhom, V. (1996). "International Perspectives and Child Prostitution in Asia", en *Forced Labor: The Prostitution of Children*. Washington D.C.: U.S. Department of Labor, Bureau of International Affairs.
- OIT (2002). *Unbearable to the Human Heart. Child Trafficking and Actions to Eliminate it*. Ginebra: OIT.
- OIT-IPEC (2001). *Going Where the Children Are: An Evaluation of ILO-IPEC Programs in Trafficking and Sexual Exploitation of Children in Thailand, Philippines, Colombia, Costa Rica and Nicaragua*. Ginebra: OIT-IPEC.
- Reanda, L. (1991). "Prostitution as a Human Rights Question: Problems and Prospects of United Nations Action", en *Human Rights Quarterly* 13, N° 2, pp. 208-228.
- Seif El Dawla, A. (1997). "Reproductive Rights of Women: An Egyptian Reading." Documento insumo para la reunión de la OMS/HRP sobre las mujeres y las perspectivas de género en cuanto a salud reproductiva en la región del Mediterráneo oriental, Casablanca, Marruecos: 10-13 de noviembre de 1997.
- Yamin, A.E. (1997). "Transformative Combinations: Women's Health and Human Rights", en *Journal of the American Medical Women's Association* 52, N° 4, pp. 169-173.
-

Otras referencias

Norwegian Refugee Council (2001). *Response Strategies to the Internally Displaced: Changing the Humanitarian Lens*. Informe de un seminario organizado por el Consejo de Refugiados de Noruega en colaboración con la Universidad Noruega de Tecnología y Ciencia, Oslo: noviembre de 2001.

Organización Mundial de la Salud (2000). Nota informativa N° 239, junio 2000. Disponible en línea en: <http://www.who.int/inf-fs/en/fact239.html>.

Staebler, M. (1996). "Tourism and Children in Prostitution." Documento presentado por ECPAT en el Congreso Mundial Contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños, Estocolmo: 27-31 de agosto de 1996.

Schubert, C. (1998). "Indicators for Global Monitoring of Child Rights". Documento presentado en la reunión internacional auspiciada por UNICEF, Ginebra: 9-12 de febrero de 1998.

Sullivan, D. (1995). "The Public/Private Distinction in International Human Rights Law", en *Women's Rights, Human Rights: International Feminist Perspectives*, J. Peters and A. Wolper, eds., Nueva York: Routledge, p. 126-134.

UNICEF (1997). *Adolescent Children and Civil Society. Seven Case Studies Illustrating Civil Society Development and Child Rights in Central and Eastern Europe and the Baltic States*. Ginebra: UNICEF.

Yamin, A. E. (1996). "Defining Questions: Situating Issues of Power in the Formulation of a Right to Health under International Law", en *Human Rights Quarterly* 18, N° 2, pp. 398-438.

Los derechos humanos y la niña Neela

Mary Lou L. Alcid

La autora es profesora adjunta en el Departamento de Trabajo Social, Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Comunitario, de la Universidad de las Filipinas en Quezon City, y directora de la Fundación Centro KANLUNGAN (Centro para Trabajadoras Migrantes).

Definición de los temas

Al analizar el contexto del caso de Neela, es importante resaltar lo siguiente: 1) la situación de Neela en tanto niña, 2) las consecuencias de su condición de niña según criterios de derechos humanos, y 3) las cuestiones más amplias que sustentan su caso como niña que ha sido privada de su adolescencia y de su derecho a la educación, entre otros derechos que se reconocen a las niñas de acuerdo a la Convención de los Derechos del Niño (CDN) y a las disposiciones relevantes que se encuentran en otros instrumentos internacionales.

El caso de Neela, una niña nepalesa, es un ejemplo de trata de seres humanos, tal como lo define el Artículo 3.a del Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional (ONU, 2000).

“Por ‘trata de personas’ se entenderá la captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación.”¹

Este Protocolo menciona también el caso específico de las niñas y niños menores de 18 años de edad.² A Neela se la obligó a trabajar a los 14 años en una fábrica de alfombras alejada de su pueblo. Más tarde, sin su conocimiento ni su consentimiento, fue vendida a un burdel de la India por un “joven compañero de trabajo”, haciéndole creer que era primo suyo.

La trata y la prostitución se encuentran entre lo que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) llama

“las peores formas de trabajo infantil” (Convenio 182 de la OIT). Por su parte, la Directora Ejecutiva de UNICEF, Carol Bellamy, se refiere a la explotación sexual comercial de niñas y niños como “nada menos que una forma de terrorismo, una cuya destrucción gratuita de vidas y futuros jóvenes no debe ser tolerada ni un año más, ni un día más, ni una hora más” (UNICEF, 2001).

Violaciones de los derechos humanos de Neela

En el contexto de la trata de niñas, el caso de Neela presenta tres violaciones graves de los derechos humanos.

1. La violación de su dignidad y valía humanas

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) afirma que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (art.1). Por eso, “... nadie será sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes” (art.5); “Toda persona, como miembro de la sociedad, ... tiene derecho a la seguridad social, y a ... la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad.” (art.22); y tiene “derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar” (art.25).

2. La violación de sus derechos como niña

El artículo 26 de la DUDH hace referencia específica al cuidado y asistencia especial a que tienen derecho todas las niñas y niños. El Artículo 10 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) llama a los Estados signatarios a adoptar “medidas especiales de protección y asistencia” en favor de todas las niñas, niños y adolescentes, además de afirmar que “Debe protegerse a los niños y adolescentes contra la explotación económica y social.”

El PIDESC también afirma que el empleo de niñas, niños y adolescentes en trabajos “nocivos para su moral y salud, o en los cuales peligre su vida o se corra el riesgo de perjudicar su desarrollo normal, será sancionado por la ley.” Según el Convenio N° 38 de la OIT, “La edad mínima de admisión a todo tipo de empleo o trabajo que por su naturaleza o las condiciones en que se realice pueda resultar peligroso para la salud, la seguridad o la moralidad de los menores no deberá ser inferior a dieciocho años”. (Convenio N° 38 de la OIT Sobre la Edad Mínima de Admisión al Empleo; artículos 1, 2 y 3). A los 14 años, Neela era menor de edad y debería haber estado disfrutando de su adolescencia y formándose en la escuela, en lugar de estar trabajando en una fábrica de alfombras y más tarde en un burdel.

La Convención de los Derechos del Niño es la que enuncia con mayor detalle los derechos civiles, económicos, políticos, sociales y culturales de las niñas y los niños. La CDN subraya los principios de inalienabilidad, indivisibilidad e interdependencia de los derechos del niño en relación a todos los derechos y libertades humanas fundamentales. Debido a las estructuras, valores, prácticas y actitudes patriarcales, las niñas suelen ser colocadas en posiciones de subordinación, con menor acceso a la educación, el descanso y la recreación; sometidas a leyes y trato discriminatorio y sexista, así como a formas de violencia y explotación basadas en su género. Reconociendo lo anterior, la Plataforma de Acción de Beijing (1995) puso énfasis en las niñas como una de sus doce Áreas Críticas de Preocupación, junto con el tema de la violencia contra las mujeres.³

De acuerdo a la CDN se han violado varios de los derechos de Neela: su derecho como niña a estar protegida frente a la explotación económica (art.32); su derecho a estar protegida de toda forma de explotación sexual, física, mental, así como de la violencia, el abandono y el maltrato (art. 36 y 19);

su derecho al descanso y el tiempo libre (art. 31); su derecho a un nivel de vida adecuado (art. 27)⁴; su derecho a la salud (art. 24)⁵ y su derecho a estar libre de “injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada” (art. 16).⁶

3. Las violaciones de los derechos de Neela producto de la violencia de género

La trata con fines de explotación sexual y la prostitución son formas de emplear a las niñas y a las mujeres como objetos. Constituyen violencia contra las niñas y las mujeres. La viceprimera ministra de Suecia, Margareta Winberg, lo expresó claramente: “El cuerpo de una mujer no es lo mismo que una copa de brandy o un helado después de una buena cena. Hay una diferencia entre los cordones de los zapatos y los cuerpos de las niñas. El brandy, el helado y los cordones de zapatos son objetos inanimados. Las mujeres y las niñas ... son seres humanos y por lo tanto no están a la venta.” Winberg vinculó también la trata con la prostitución al afirmar que “sin prostitución, no habría trata de mujeres”. Además, Winberg explicó que el gobierno sueco considera la prostitución como “una forma grave de violencia masculina contra las mujeres” y “una de las expresiones más serias de la opresión y la discriminación que viven las mujeres”.⁷

La disposición pertinente de la Plataforma de Acción de Beijing es el párrafo 122, que en la sección sobre violencia contra las mujeres dice: “La eliminación efectiva de la trata de mujeres y niñas para el comercio sexual es un problema internacional urgente.” Pide que se examine y fortalezca la aplicación del Convenio para la represión de la trata de personas y de la explotación de la prostitución ajena de 1949, así como de otros instrumentos pertinentes.

Esta posición refleja una de las corrientes del debate de larga data entre las organizaciones internacionales de mujeres, e incluso entre las organizaciones

dedicadas al desarrollo, acerca de la trata y la prostitución. Para la otra, existe una diferencia entre trata y prostitución. Quienes defienden esta postura sostienen que la trata es verdaderamente un delito, pero la prostitución no. Consideran la prostitución como un trabajo que las mujeres pueden elegir en libertad y por ende llaman a los gobiernos a legalizar la prostitución y a reconocer y proteger los derechos de las “trabajadoras sexuales”. Lamentablemente, este punto de vista ha sido aceptado inclusive por algunas agencias de Naciones Unidas.

El ejercicio de la prostitución es un factor esencial en la sujeción de las mujeres y las niñas a la violencia de género/sexual.⁸ Todos los otros temas relacionados con el caso se pueden ver reflejados en un análisis de las estructuras y contextos sociales más amplios de un país como Nepal, que hacen posible que niñas como Neela sean reclutadas como fuerza de trabajo, siendo menores, y traficadas a la India cuando podrían estar en la escuela, ejerciendo su derecho fundamental a la educación. Así, la trata de mujeres y niñas es tanto una cuestión de derechos humanos como de desarrollo.

Se estima que cada año unas 5.000 a 7.000 niñas nepalesas son traficadas a la India y la región del Golfo para ejercer la prostitución (ECPAT, s/d.). El incremento en la trata de mujeres y niñas de Nepal se ha atribuido a “la extrema pobreza y los padecimientos, el analfabetismo y la falta de conciencia, la baja posición social que ocupan las mujeres, la falta de compromiso político, y el hecho de que la trata sea un negocio altamente lucrativo” (WOREC, 2002). El modelo de desarrollo de Nepal, que “se centra en ... los resultados económicos” y desvaloriza el trabajo de las mujeres porque el mismo está confinado a la esfera privada, también se cita como elemento que refuerza las formas existentes de discriminación por género que afectan a las niñas y las mujeres, motivando así que estas últimas migren (Rajbhandari *et al.*, citada en WOREC, 2002).

La pobreza en Nepal se caracteriza por la exclusión social basada en el género y la etnia, que está institucionalizada en varios aspectos: políticos, sanitarios, educacionales y en el acceso a los recursos para el desarrollo (Thomas *et al.*, 2002). La discriminación

de género conduce a la baja posición social que ocupan niñas y mujeres. Se valora a los hijos por encima de las hijas, a las que se considera una carga. La tasa de analfabetismo femenino es superior a la de los varones: en 1997, solo el 30% del total de la población femenina podía leer y escribir, comparado con el 66% del total de hombres (Plan de Acción Nacional de Nepal contra la trata de niñas y niños, y su explotación sexual comercial, párrafo 6.2.2). Las mujeres y las niñas son más vulnerables al engaño, las amenazas de violencia y control por parte de los traficantes debido a las limitadas opciones y medios de que disponen, así como a los estereotipos vigentes acerca de la conducta femenina. La socialización de mujeres y niñas tiende a alentar la indefensión y la dependencia de la protección que puedan brindarles los hombres (*Ibid.*).

La discriminación de género se ve reforzada por las costumbres sociales (como el *deuki*) que destinan a ciertos grupos étnicos o castas a la esclavitud social. El *deuki* es “un sistema medieval por el cual una niña muy pequeña es ofrecida a un templo como sirvienta-guardiana para apaciguar a la deidad. A esa niña se la aísla de otras costumbres de la comunidad y se la hace llevar una vida de celibato” (*Ibid.* párrafo 1.5.5). Como carecen de educación, habilidades y recursos, estas niñas terminan en la prostitución para sobrevivir. Son parte de “una clase altamente explotada y socialmente aislada” (Thomas *et al.*, 2002).

Entre todas las violaciones de derechos humanos, la violencia de género y la trata se merecen la prioridad. Resulta imperativo identificar medidas para prevenir la trata y la violencia de género, incluyendo los niveles familiar, de las aldeas, nacional y subregional (el sur de Asia). Los papeles cumplidos por el Estado, la familia y las instituciones sociales relevantes deberían ser tomados en cuenta al analizar las distintas opciones

Dado que es VIH-positiva, las necesidades inmediatas de Neela tienen que ver con su salud. Pero la salud no implica solo las dimensiones físicas sino la totalidad de su bienestar emocional, físico y psicológico. Neela debe obtener acceso a información acerca de la naturaleza y el tratamiento del VIH. Debe tener el apoyo necesario y relevante en relación a su salud,

consejería por parte de grupos feministas o por los derechos de las mujeres —si fuera necesario— y también protección legal y social. También es importante trabajar sobre los puntos fuertes y el potencial personal de Neela mientras se la ayuda a curarse y a seguir adelante de manera positiva. Además, Neela debe encontrar un medio de subsistencia económico, lo que la ayudará a sentirse empoderada.

En síntesis: abordar los temas interrelacionados que involucra el caso de Neela (sus derechos como ser humano, la trata, la violencia de género en relación con sus derechos como niña y como mujer) exige un análisis de las consecuencias inmediatas de la trata y la violencia de género sobre la salud y el bienestar de Neela. También exige: a) analizar el carácter interconectado que presenta la vulnerabilidad de las niñas y niños, así como la de las mujeres con las relaciones de poder más amplias (las decisiones de los hombres en cuanto a hacerlas trabajar o considerarlas como propiedad o bienes suyos) que las empujan a la trata, la prostitución y la violencia de género; y b) un plan de acción estratégico para eliminar la “pobreza, la desigualdad y la discriminación que se encuentran en la raíz del fenómeno [de la trata]”.⁹

Actores/instituciones

El desafío hercúleo que implica monitorear, prevenir y reparar las consecuencias de la trata y su fenómeno gemelo, la violencia de género, no puede afrontarlo una sola institución. Exige cuando menos la cooperación, convergencia y coordinación de esfuerzos de todas las instituciones de la sociedad: el gobierno con todas sus ramas (especialmente los poderes legislativo y judicial, la policía, las autoridades laborales y de migración), las escuelas, las Iglesias, las organizaciones no gubernamentales, y los movimientos sociales, incluyendo aquellos formados por las propias mujeres, niños y niñas.

Los gobiernos tienen la obligación fundamental de garantizar la protección de sus ciudadanas y ciudadanos, especialmente contra la trata de niñas, niños y mujeres, y la explotación sexual de niñas y niños. Deberían aprender de la perspectiva feminista y la legislación adoptadas por el gobierno de Suecia, que

penaliza el acto de procurar/comprar a seres humanos con fines sexuales. Además, deberían ocuparse no solo de las consecuencias de la trata y la violencia de género sino también de sus causas fundamentales como el desarrollo desigual, el empobrecimiento, la falta de acceso a la información, la desigualdad, el patriarcado.

Al mismo tiempo, se debería fortalecer la capacidad de los gobiernos para ocuparse del tema. Dicha capacidad incluye la implementación de los compromisos (tanto los contenidos en las convenciones internacionales como en las leyes y políticas nacionales) y la provisión de personal comprometido y capacitado en forma adecuada (es decir, personas que entiendan de verdad los temas de las mujeres, las preocupaciones de las niñas y las normas de derechos humanos), para hacerse cargo de la implementación de programas dirigidos a la prevención de la trata y la violencia de género a nivel nacional, así como de la protección de las mujeres y niñas afectadas.

Las familias y las comunidades también tienen su cuota de responsabilidad en el asunto y deben rendir cuentas por ello. El gobierno y las organizaciones no gubernamentales deberían dirigirse a ellas haciendo esfuerzos por cambiarlas, por ejemplo a través de actividades de concientización, gestión, defensa y organización.

Las iniciativas no deberían limitarse al nivel nacional, sino que necesariamente deben ir más allá de las fronteras nacionales dado que la trata, como se ve en el caso de Neela, puede extenderse más allá de las fronteras y de hecho lo hace. Además del país de origen, la trata también involucra a los países de destino (en el caso de Neela, Nepal y la India respectivamente). En algunos casos, también están involucrados los países de tránsito. Resulta imperativo que en los países involucrados, tanto los sectores públicos como los privados colaboren, coordinen y complementen sus esfuerzos para combatir la trata de seres humanos.

En el ámbito regional, los gobiernos del sur de Asia se han comprometido a ocuparse de la trata de seres humanos a través de la Asociación para la Cooperación Regional en el Sur de Asia (Southern Asian

Association for Regional Cooperation, SAARC). La SAARC proclamó a la década de los 90 como “Década de la niña que se encuentra en circunstancias especialmente difíciles.” En enero de 2002 sus países miembros firmaron la Convención de la SAARC para prevenir y combatir la trata de mujeres, niñas y niños para la prostitución. La Convención busca promover la cooperación regional para prevenir, prohibir y eliminar la trata de mujeres, niñas y niños, así como para repatriar y rehabilitar a las víctimas.

A nivel internacional, las Naciones Unidas y sus varias agencias, especialmente la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, la UNICEF, la OIT y la Comisión sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer son las instituciones más importantes para estudiar y monitorear la naturaleza, los procesos, la incidencia y consecuencias de la trata y la violencia de género. También elaboran normas internacionales basadas en los derechos que los Estados partes se comprometen a cumplir.

Las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones de mujeres ocupan una posición transversal que vincula los niveles local, nacional, regional e internacional. En comparación con los gobiernos, ellas tienen menos limitaciones burocráticas para crear abordajes innovadores y con sensibilidad de género para la gestión, defensa, educación comunitaria, servicios sociales y movilización social. Estos grupos utilizan los instrumentos internacionales que sus gobiernos han ratificado para monitorear su cumplimiento.

Las agencias internacionales para el desarrollo y las agencias donantes bilaterales y multilaterales también son actores en el movimiento para combatir la violencia de género y erradicar la pobreza. Entre los que ya están llevando adelante iniciativas en este tema se encuentran la Asociación Asiática para el Desarrollo Humano (Asia Partnership for Human Development), Oxfam-Gran Bretaña y el Fondo de Desarrollo de Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).

Por último, pero no porque sean menos importantes, los mismos sectores afectados se encuentran entre los actores: es decir, las mujeres, niñas y niños. Las mujeres se han estado organizando desde hace ya

cierto tiempo. En cuanto a las niñas y los niños, la ratificación de la CDN les ha dado el ímpetu necesario para organizarse. A las niñas y a los niños se les está haciendo tomar conciencia de sus derechos, y se están organizando, expresando sus problemas y necesidades, logrando espacios de representación en organismos gubernamentales y vinculándose con sus contrapartes en todo el mundo.¹⁰

En síntesis: existen mecanismos, procedimientos y normas internacionales adecuados para abordar la violencia de género, la trata de niñas y niños, así como las violaciones de derechos relacionadas con los mismos. Pero lo que falta sobre todo son los compromisos políticos de los gobiernos, individualmente y en cooperación con otros, para cumplir con esas normas, así como castigos que vayan más allá de las sanciones morales para los que no las cumplen.

Naturaleza de las intervenciones/ respuestas

Las acciones apropiadas en el corto y largo plazo deben estar basadas en lo siguiente: 1) la relación entre el tema de la trata de mujeres, niñas y niños, y la violencia de género presente en la situación (es decir, la prostitución, los riesgos sanitarios para las mujeres, como por ejemplo el VIH), así como los factores socioeconómicos y políticos subyacentes, que tienen que ver con el subdesarrollo y la globalización de mercados y personas, lo que coloca a las mujeres, las niñas y los niños en situación de vulnerabilidad frente a la trata y la violencia de género; 2) los derechos humanos de las personas objeto de la trata como prioridad; y 3) la necesidad de proyectar intervenciones integradas a varios niveles: provisión de servicios que empoderen tanto a las personas objeto de la trata, como a sus familias y comunidades (incluyendo aquellos relacionados con la educación, la organización y los aspectos sociales), gestión y defensa a nivel político y legal, así como en Naciones Unidas, y el trabajo conjunto con otros actores para la gestión, defensa y generación de recursos.

Por un lado, a los gobiernos se los debe alentar a cumplir con sus compromisos nacionales e internacionales en lo que atañe a la promoción de los derechos

humanos para todas las personas, y a rendir cuentas por ello. Un ejemplo específico sería dar relevancia a su compromiso con la promoción de los derechos de las mujeres y las niñas, y con el empoderamiento de las mujeres, como un elemento central del desarrollo nacional. Por otro lado, los gobiernos deben revisar sus políticas económicas y sus estructuras políticas, con el fin de promover una distribución equitativa de la riqueza a escala nacional. La pobreza y el subdesarrollo están directamente ligados a la vulnerabilidad de las mujeres, las niñas y los niños frente a la trata y la violencia de género, y mediados por factores socioculturales que sitúan a las mujeres, niñas y niños en posición de desigualdad en la familia, la esfera económica y la política. Las tradiciones y prácticas culturales refuerzan la condición secundaria de las mujeres en la mayoría de los países, especialmente en el sur de Asia (Thomas *et al.*, 2002).

Las fuerzas que hacen posible la trata —la industria del sexo— también deben ser consideradas como parte de uno de los principales obstáculos para el empoderamiento de las mujeres. Los gobiernos deben enfrentar esta situación a través de la educación en derechos humanos, utilizando formatos de educación popular que apunten especialmente a los hombres; transversalizando el género en la burocracia gubernamental, sobre todo en las agencias encargadas de redactar y hacer cumplir las leyes, así como en el sistema judicial; penalizando la prostitución y el acto de procurar seres humanos para el sexo; y promulgando otras leyes basadas en la protección de los derechos humanos de las mujeres. También es fundamental que las leyes se apliquen de manera efectiva y consistente, que los procesos judiciales se simplifiquen y se agilicen, y que las mujeres y niñas que presentan denuncias cuenten con el apoyo financiero y moral necesario para permitirles seguir adelante con los casos.

Las defensoras de los derechos de las niñas, los niños y las mujeres en cada país deberían abordar los temas descritos en el caso de Neela a través de las siguientes acciones:

Investigación y documentación

- Evaluar la situación relacionada con la trata de mujeres, niñas y niños, su naturaleza y magnitud,

y los aspectos relevantes en cuanto a violencia de género y vulnerabilidad económica.

- Monitorear en forma regular los mecanismos, actores y procesos involucrados en la trata de personas en el ámbito local y a través de las fronteras, en los países de origen, tránsito y destino.
- Documentar casos y preparar análisis en base a los resultados obtenidos.
- Mantener una base de datos confiable sobre la trata de personas y las violaciones cometidas contra las personas objeto de tráfico.

Elaboración de una agenda

- Preparar una agenda de desarrollo social para el diálogo con el gobierno, señalando cuáles son los temas estratégicos y la gama de posibles remedios propuestos, así como una agenda para la cooperación y colaboración con otras organizaciones de derechos humanos.

Gestión y defensa

Gestión y defensa política y legislativa

- Monitorear el cumplimiento de la Plataforma de Acción de Beijing¹¹ y de los instrumentos de la ONU que el gobierno ha ratificado (en el caso de Nepal, la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer –CEDAW¹²) y la CDN.¹³
- Exhortar a los gobiernos de Nepal y la India a que ratifiquen la Convención contra la Delincuencia Organizada Transnacional y el Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional.
- Aprender de la perspectiva sueca sobre la trata y la prostitución, sobre todo el cambio que implica centrar la atención sobre la oferta a hacerlo sobre la demanda. Penalizar el acto de comprar/procurar a una persona con fines sexuales y a la persona que compra, no así a la persona que es comprada.

- Exhortar al gobierno de Nepal a que implemente de manera efectiva su Plan de Acción contra la trata de niñas y niños para su explotación sexual comercial. Dicho plan tiene seis áreas de acción: políticas y programas, aplicación de leyes apropiadas, concientización, impacto sobre la salud, educación, rescate y rehabilitación. El gobierno también debería cumplir con las disposiciones de la Convención de la SAARC para combatir la trata de seres humanos.
- Exhortar a reformar los mecanismos y procedimientos judiciales, de policía y migración relacionados con la trata, de modo que se tornen consistentes con las normas de derechos humanos.
- Ofrecer asistencia técnica (por ejemplo, capacitación especial en derechos humanos, junto con las diversas normas internacionales y guías para su implementación) al personal clave del gobierno que será responsable por el cumplimiento de la agenda nacional de derechos humanos.
- Evaluar el impacto de las políticas económicas y sociales producto de la globalización neoliberal sobre el alivio de la pobreza, las desigualdades sociales y las personas pobres, especialmente mujeres, niñas y niños.
- Exhortar a los gobiernos a “adoptar, en el plano nacional, todas las medidas necesarias para la realización del derecho al desarrollo y garantizar, entre otras cosas, la igualdad de oportunidades para todos en cuanto al acceso a los recursos básicos, la educación, los servicios de salud, los alimentos, la vivienda, el empleo y la justa distribución de los ingresos. Deben adoptarse medidas eficaces para lograr que la mujer participe activamente en el proceso de desarrollo. Deben realizarse reformas económicas y sociales adecuadas con el objeto de erradicar todas las injusticias sociales” (Declaración de la ONU sobre el Derecho al Desarrollo, artículo 8).

Gestión y defensa en materia de educación pública

- Mediante la utilización efectiva de los medios masivos de comunicación y de formatos populares para generar conciencia, difundir los derechos humanos, los derechos de las mujeres, las niñas y

los niños, y el derecho de las adolescentes a acceder a información y servicios de salud reproductiva. Hablar de las bases socioeconómicas y culturales de la trata de personas. Construir un movimiento cultural para promover los derechos humanos, la equidad y la igualdad entre los géneros.

Organización

- Las mujeres, las niñas y los niños, en tanto víctimas de discriminación y blanco de los traficantes, son la primera prioridad en cuanto a organización. Tomar conciencia de sus derechos humanos y contar con el apoyo de una organización les dará confianza para hacerse oír, resistir y actuar como agentes de cambio y ya no como meras víctimas. En lugar de guardar silencio por miedo al estigma social y culparse a sí mismas, las sobrevivientes de la trata que toman conciencia de sus derechos pueden procurar justicia a través del sistema judicial, participar en la gestión y defensa para lograr cambios de políticas y leyes, organizarse y actuar como formadoras en actividades destinadas a educar a su comunidad, convirtiéndose así en agentes de cambio.¹⁴

Prestación de servicios para la reparación, reintegración y prevención con el fin de propiciar el empoderamiento

- Las niñas y mujeres que sobreviven a la trata necesitan contar con servicios de apoyo (por ejemplo, consejería feminista) para elaborar lo que les sucedió, recuperar su dignidad y valía como seres humanos, sanarse y prepararse a sí mismas y a sus familias para con el tiempo reinsertarse en la familia y en la comunidad. La educación comunitaria a nivel masivo es un requisito previo fundamental para crear un ambiente que las apoye, así como para prevenir que otras niñas y mujeres sean traficadas. El trabajo socioeconómico combina las actividades para la concientización, con la creación de estructuras de base comunitaria para la atención y de organizaciones populares fuertes para promover los derechos humanos (en particular los de las niñas y las mujeres), combatir la trata y emprender iniciativas económicas.

Trabajo en colaboración

- Trabajar con otras organizaciones que promuevan los derechos humanos de niñas y mujeres en otros países, sobre todo en aquéllos de origen, tránsito y destino de personas traficadas. Se pueden emprender campañas temáticas conjuntas para presionar a los gobiernos a que actúen con decisión y respondan de manera estratégica al problema de la trata.

Al evaluar los desafíos, debemos recordar que no estamos empezando de cero. Respecto a la trata de personas, sobre todo de niñas, los gobiernos y la sociedad civil ya han producido compromisos significativos y acciones concretas. Según la UNICEF, son casi cincuenta los países que han elaborado planes de acción nacional para luchar contra la explotación sexual de las niñas y asistir a las víctimas.¹⁵

En el sur de Asia, las ONG de mujeres y las agencias internacionales para el desarrollo han puesto en marcha iniciativas para luchar contra la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual, entre otros temas de violencia de género en la región.¹⁶ En Nepal en particular, la UNICEF ha brindado su apoyo a sistemas de vigilancia comunitaria, a proyectos paralegales comunitarios que se ocupan de temas relativos a la trata de niñas, a albergues y otras instituciones, así como a centros de rehabilitación para niñas que han sufrido abuso sexual.¹⁷ Oxfam-Gran Bretaña y el gobierno del Reino Unido han integrado las preocupaciones relativas a la trata en los programas para el desarrollo que apoyan. *Maiti Nepal*, una ONG local, ayuda a rehabilitar a mujeres sobrevivientes de la trata que están infectadas con el VIH/SIDA, organizando actividades para la concientización, brindándoles refugio temporal y la posibilidad de fortalecer sus habilidades. Otra ONG, *ARC Nepal*, utiliza el teatro callejero, las canciones y los afiches en su programa de concientización para mujeres que regresan de burdeles (Sarup s/d).

A nivel internacional, recientemente se han adoptado tres tratados importantes que se ocupan de la explotación y el abuso sexual: el Convenio 182 de la OIT (que califica a la participación de niñas y niños en la prostitución y la pornografía como “una de las peores formas de trabajo infantil”); el Protocolo

para la Prevención de la Trata de Niños y Otros, que forma parte de la Convención de la ONU contra el Crimen Transnacional Organizado; y el Protocolo Opcional a la Convención de los Derechos del Niño, una medida que busca terminar con la venta de niñas y niños, así como con la prostitución y la pornografía infantiles.¹⁸

Casos individuales y políticas sociales

La gestión y la defensa deben basarse en información fuerte, creíble y confiable para ser efectivas en cuanto a ofrecer análisis alternativos, cuestionar políticas y leyes existentes, así como presionar por la reforma o la derogación de leyes y políticas existentes o la creación de legislación y nuevas normas. Pero los gobiernos piden casos específicos, porque quieren ponerle un rostro humano al problema. El impacto que una historia personal puede ejercer sobre el público, las legisladoras y legisladores y/o quienes diseñan las políticas puede ser más dramático y tener una influencia superior a la de la frialdad de los hechos y las cifras.

Esto resulta particularmente cierto en el caso de las niñas traficadas. Una combinación muy poderosa para la gestión y la defensa es la presencia de víctimas/sobrevivientes individuales que denuncien y le pongan un rostro humano al fenómeno, sumada a investigaciones que muestren la seriedad, la magnitud y el impacto de la trata para los derechos y el bienestar de las niñas, así como la existencia de una red de defensoras de los derechos de las mismas. Al quebrar el silencio producto de la vergüenza y el miedo, las sobrevivientes de la trata infantil reivindican su dignidad y sus derechos, inspiran a otras a que hagan lo mismo y —lo que es más importante— producen resultados que tienen dimensiones de remedio y prevención en varios niveles: cambios o reformas de políticas, leyes y el sistema judicial, disponibilidad de información, educación y servicios sociales, y el acceso a éstos.

Sin embargo, pueden presentarse conflictos éticos frente a la utilización de casos individuales para hacer política social. Por ejemplo, la condición de Neela en tanto víctima de la trata infantil y ahora viviendo con

VIH se hizo pública sin su consentimiento y sin tener en cuenta el estigma social que pesaría sobre ella cuando regresara al seno de su familia y de su aldea. Su derecho a la intimidad debió haber sido respetado. A las niñas sobrevivientes de la trata, como Neela, se las puede alentar a que hablen —ya sea para buscar reparación y justicia para sí mismas y/o para exhortar a que se actúe para detener el comercio de niñas— sin exponer sus identidades al público. Cuando cubren casos como el de Neela, los medios de comunicación masiva deberían seguir ciertos protocolos basados en el respeto por la intimidad de la niña.

Obstáculos culturales/sociales

El ambiente social en el que se da el caso hace que para niñas/mujeres como Neela sea difícil defender sus derechos, porque las normas sociales no facilitan esa situación. La exclusión producto de la posición social inferior que ocupan las mujeres, junto con la cultura de castas y la familia, son temas que deben ser tenidos en cuenta para la gestión y la defensa de los derechos.¹⁹

En este contexto, la gestión y la defensa son fundamentales para superar los obstáculos culturales y sociales que impiden la realización de los derechos. Se trata de un proceso sociocultural y político que tiene los siguientes componentes: educación, organización y participación. La educación, como señaláramos más arriba, implica repensar y transformar los valores sociales dominantes que discriminan a determinados segmentos de la población por su casta, género y clase.²⁰ La educación puede y debería realizarse utilizando formatos de la cultura popular: canciones, bailes, teatro callejero, teatro comunitario. El apoyo de los medios de comunicación masiva —por su alcance e influencia— tiene una importancia estratégica.²¹ En segundo lugar, la gestión y la defensa requieren de organización. Los mismos sectores afectados —en este caso, las mujeres y las niñas— son quienes mejor pueden expresar los temas y preocupaciones que les conciernen. Pero el hacer oír sus voces requiere de concientización y organización. También es necesario forjar alianzas con otros sectores, con el fin de ampliar sus bases de apoyo y hacer que las voces que exigen cambios sean más fuertes.

Por último, la participación: interactuar con aquello que se quiere cambiar e influir en ello para alcanzar los objetivos propuestos (por ejemplo, transformar los valores y prácticas discriminatorias) es la esencia de la gestión y la defensa.²²

Los recursos económicos de las mujeres

Como lo indicáramos más arriba, existe un vínculo dinámico entre la pobreza y el subdesarrollo y la vulnerabilidad de las mujeres a la trata y la violencia de género. En una aldea rural, una niña o mujer con escasa escolarización y habilidades siempre estará en posición “vulnerable” ante promesas de empleo fuera de su aldea y de su país. Este es el escenario en la mayoría de los países en vías de desarrollo tales como Nepal. Por eso, las estrategias para el desarrollo en las áreas rurales deberían incluir la educación en derechos humanos junto con los proyectos socioeconómicos, con el fin de empoderar a las mujeres y las niñas.

El empleo para las mujeres y las oportunidades para que las niñas puedan ir a la escuela en lugar de buscar empleo las colocarán en una posición menos vulnerable a la trata que las lleve allende las fronteras. Elaborar un abordaje de derechos humanos para los temas económicos y financieros requiere un análisis exhaustivo de la situación en que viven las mujeres y las niñas. Se debe garantizar que el proceso tenga sensibilidad de género (es decir, que se aborden los temas de falta de equidad entre los géneros y que se garantice que las voces de las mujeres intervendrán en la toma de decisiones). También se debe ser respetuoso de los procesos por los que están atravesando las mujeres en el contexto de las limitaciones impuestas por su cultura. Promover proyectos económicos y financieros que sean útiles a las mujeres implica reducir su carga hogareña, introduciendo lentamente cambios en las relaciones de género que se establecen al interior de la familia para que se llegue a acuerdos más igualitarios. Si esto no se hace, las mujeres seguirán soportando la carga de los roles y estereotipos de género que generan violaciones de los derechos humanos.

En el siglo XXI el desarrollo humano debe volver a definirse, teniendo en cuenta los derechos humanos. La promoción de los derechos humanos y la eliminación de la trata y de la violencia de género se apoyan en políticas económicas y sociales consistentes implementadas por los gobiernos. Esto requiere utilizar la riqueza de la nación en forma equitativa, de modo que las mujeres y las niñas que viven en aldeas puedan tener a su alcance medios de vida dignos y sostenibles. La prostitución y la trata son la antítesis del derecho de las mujeres a una vida digna. Por eso, los gobiernos no deberían alentar ni promover fuerzas de mercado que reduzcan a los seres humanos a constituir meros objetos y a la sexualidad de las mujeres a representar un medio para obtener mayores ganancias. ■

Notas

1. “Esa explotación incluirá, como mínimo, la explotación de la prostitución ajena u otras formas de explotación sexual, los trabajos o servicios forzados, la esclavitud o las prácticas análogas a la esclavitud, la servidumbre o la extracción de órganos.”

2. “La captación, el transporte, el traslado, la acogida o la recepción de un niño con fines de explotación se considerará ‘trata de personas’, incluso cuando no se recurra a ninguno de los medios enunciados en el apartado a) del presente artículo.” (Art. 3c. del Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional.)

3. Además, la Plataforma de Acción de Beijing (1995) exige a los gobiernos “eliminar la explotación económica del trabajo infantil y proteger a las niñas que trabajan” (PAB, 1995, Párrafo 282).

4. A las madres y padres se les asigna la responsabilidad central en cuanto a garantizar dichas condiciones para su hija, con el apoyo necesario del gobierno. En el caso de Neela, su madre y su padre no habían podido cumplir con esta responsabilidad; fue su padrastro quien propició su entrada en la fuerza laboral.

5. Esto se refiere a su falta de acceso a la información sobre salud reproductiva (por ejemplo, sexo seguro) y VIH/SIDA.

6. Este derecho fue violado cuando los periodistas hicieron pública la condición de Neela como persona con VIH/SIDA, lo que le hizo sentir vergüenza frente a su comunidad y la llevó a decidir quedarse en el refugio en lugar de regresar a su aldea.

7. *Ibid.*

8. Como lo estipula el Párrafo 269 de la Plataforma de Acción de Beijing (1995), “La violencia sexual y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, tienen un efecto devastador en la salud del niño, y la niña ... Debido a factores tales como su juventud, las presiones sociales, la falta de leyes que la protejan o el hecho de que éstas no se hagan cumplir, la niña es más vulnerable a todo tipo de violencia, especialmente la sexual, inclusive la violación, el abuso sexual, la explotación sexual, la trata, posiblemente la venta de sus órganos y tejidos, y los trabajos forzados.”

9. Mary Robinson, citada por Anti-Slavery International en su hoja informativa “Today’s Fight for Tomorrow’s Freedom”, Londres: Anti-Slavery International, s/f.

10. Un ejemplo de “poder infantil” pudo apreciarse hace algunos años en la realización exitosa de la Marcha Mundial de los Niños y las Niñas (ECPAT, s/d). Niñas, niños y sus defensoras/es de todo el continente americano, Asia, África y Europa marcharon y se hicieron oír contra el trabajo infantil. La Marcha Mundial comenzó el 17 de enero de 1998 en Manila y culminó en Ginebra seis meses después, en la Conferencia de la OIT donde se redactó el Convenio sobre las peores formas de trabajo infantil, documento que reflejó las voces de las niñas y los niños.

11. Ver las disposiciones relevantes mencionadas más arriba.

12. Las disposiciones específicas de la CEDAW, ratificadas por Nepal el 22 de

abril de 1991, son: el art. 5, por el que los Estados firmantes se comprometen a tomar las medidas apropiadas para “a) Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres; b) Garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos”. El art. 6, por el que todos los Estados partes acuerdan “suprimir todas las formas de trata de mujeres y explotación de la prostitución de la mujer.” El art. 10.c, que trata de “La eliminación de todo concepto estereotipado de los papeles masculino y femenino en todos los niveles y en todas las formas de enseñanza, mediante el estímulo de la educación mixta y de otros tipos de educación que contribuyan a lograr este objetivo y, en particular, mediante la modificación de los libros y programas escolares, y la adaptación de los métodos de enseñanza.” Y el art. 12.1 por el que los Estados partes se comprometen a “eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.”

13. La Convención de los Derechos del Niño, ratificada por Nepal el 14 de septiembre de 1990, incluye entre sus disposiciones más destacadas las mencionadas anteriormente.

14. Un ejemplo de esto son las tres mujeres filipinas traficadas a Nigeria que se acercaron a nuestra ONG, Fundación Centro KANLUNGAN Inc. en 1996 en busca de asistencia legal. Las tres presentaron una demanda exitosa contra uno de los hombres que las había reclutado. Participaron en audiencias legislativas, en actividades de educación comunitaria sobre la trata con fines de explotación sexual y en un video producido por la Organización Internacional de Migrantes titulado “They are so syndicated, Sir”. (Son bandas muy bien organizadas, señor). En el video se afirma que la trata con fines sexuales es una industria global, que mueve miles de millones de dólares y cuyos actores van desde los gobiernos hasta las bandas de delinquentes. Otro ejemplo, también de Filipinas, es *Lawig Bubai* (Leven anclas, mujeres), una organización con sede en Davao City que reúne a 200 mujeres sobrevivientes de la trata y/o de la prostitución. *Lawig Bubai* se dedica a la consejería entre pares, la educación, la gestión y la defensa para la despenalización de las mujeres prostituidas y la promoción de los derechos de las mujeres, incluyendo su salud reproductiva. Hay organizaciones de mujeres como *Lawig Bubai* en otras cuatro ciudades de Mindanao, Filipinas. En el Gran Manila una ONG denominada *Bukal* (Primavera) organiza a las “callejeras”, consideradas las más vulnerables frente a la violencia de entre todas las mujeres en situación de prostitución. Utilizando los derechos humanos como marco de referencia, el trabajo de *Bukal* dio origen

a otra organización que se desprendió de ella, *KAMALAYAN, Kababaihang may Lakas at Kapangyarihan* (Mujeres fuertes y empoderadas). Uno de sus logros es el cambio en la conciencia de las mujeres en situación de prostitución. Esas mujeres ya no piensan más en la prostitución en términos de circunstancias individuales o incluso de destino, sino que ahora saben acerca de las bases sistémicas de la prostitución, por ejemplo, el patriarcado y la economía cuyo motor es el lucro. Con la mayor conciencia se ha generado la acción en forma de gestión, defensa y esquemas de apoyo mutuo, como la educación entre pares y la búsqueda de alternativas laborales a la prostitución.

15. Entre esas medidas se encuentran “la creación de organismos especiales para proteger los derechos de las niñas, la reforma de los sistemas de justicia penal para menores, la capacitación de la policía y funcionarias/os judiciales, y medidas energéticas contra todos aquellos que explotan sexualmente a las niñas.” (Bellamy, 2001).

16. SAARC ratificó la convención contra la trata en 2002.

17. Discurso de Karin Landgren (UNICEF, 2002).

18. El Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, y la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (ONU, 2000) contienen disposiciones específicas para abordar la cuestión de la trata, tanto en términos de prevención como de protección a las víctimas de la trata de personas. El art. 6

de la CEDAW compromete a los Estados partes a tomar las medidas apropiadas para terminar con todas las formas de la trata y la explotación de mujeres.

19. Según el Centro de Rehabilitación para Mujeres con sede en Katmandú, “la estructura sociopolítica y los valores sociales patriarcales que prevalecen en Nepal son los principales factores responsables por la existencia de la discriminación y la violencia contra las mujeres, niñas y niños, y grupos marginados de la población” (WOREC, 2001).

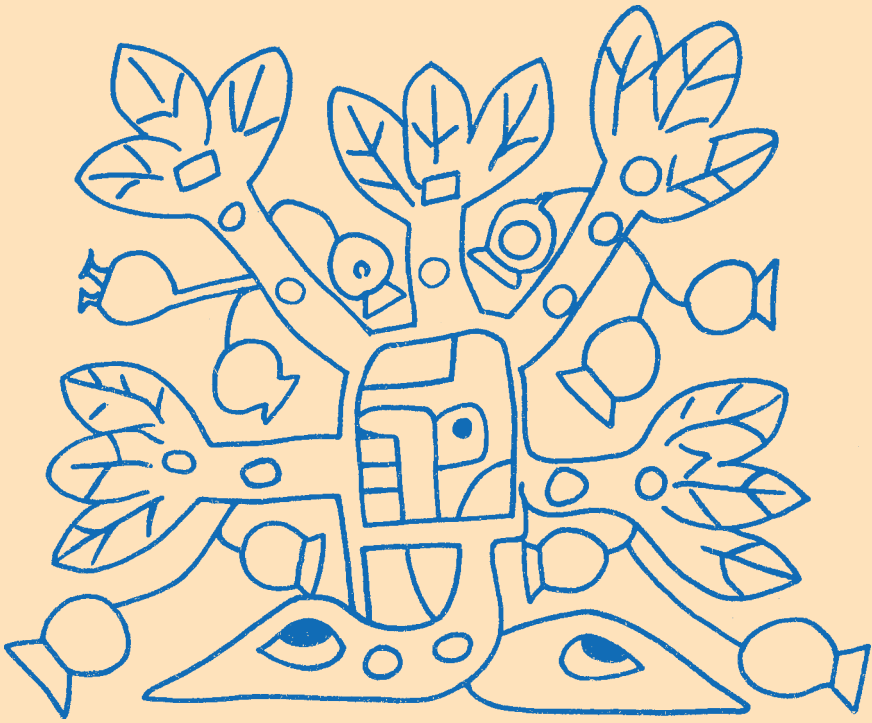
20. La Declaración Universal de los Derechos Humanos sirve como marco de referencia. A partir de allí, la educación puede avanzar hacia otros instrumentos de derechos humanos, especialmente la Convención de los Derechos del Niño y la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres (CEDAW).

21. Por ejemplo, los “Monólogos de la vagina”, de la autora teatral Eve Ensler, que hacen públicas varias formas de violencia contra las mujeres, han agotado todas las entradas para sus funciones en Filipinas debido a la publicidad que recibieron y a las críticas positivas de los medios escritos y electrónicos. Para darle sabor local a la obra, se le incorporaron música, canciones, poesías y testimonios filipinos.

22. La participación incluye hablar con las/os líderes y consejeros formales e informales que tienen poder e influencia, así como autoridad para eliminar los obstáculos culturales y sociales para el goce de la igualdad y otros derechos humanos fundamentales —especialmente por parte de las mujeres y las niñas—, persuadiéndolos y/o presionándolos para que lo hagan.

Referencias

- Anti-Slavery International (s/f.). Hoja informativa, "Today's Fight for Tomorrow's Freedom", Londres: Anti-Slavery International.
- Bellamy, Carol (2001). Discurso central en el Segundo Congreso Mundial sobre la Explotación Sexual Comercial de los Niños, Yokohama, Japón: 17 de diciembre de 2001. Se puede encontrar en línea en <http://www.unicef.org/exspeeches>.
- Consejo Económico y Social de Naciones Unidas (2002). *Principios y directrices recomendados sobre los derechos humanos y la trata de personas*. Sesión sustantiva 2002. Nueva York, 1-26 de julio de 2002.
- End Child Prostitution and Trafficking (ECPAT International) (s/f). Información tomada del sitio de ECPAT en Internet: <http://www.ecpat.net>.
- Naciones Unidas (1996). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Adoptado por Resolución 2200A (XXI) de la Asamblea General, el 16 de diciembre de 1966. Entró en vigencia el 3 de enero de 1973.
- (1979). *Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*. Adoptada por resolución 34/180 de la Asamblea General, el 18 de diciembre de 1979. Entró en vigencia el 3 de septiembre de 1981.
- (1986). *Declaración de Naciones Unidas sobre el derecho al desarrollo*. Adoptada por resolución 41/128 de la Asamblea General de Naciones Unidas, el 4 de diciembre de 1986.
- (1996). *Declaración y Plataforma de Acción*. Adoptada en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer: Acción para la igualdad, el desarrollo y la paz. Beijing: el 15 de septiembre de 1995.
- (2000). *Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños, que complementa la Convención de Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional*. Adoptado por la resolución 55/25, anexo II, de la Asamblea General de Naciones Unidas, el 15 de noviembre de 2000. Todavía no ha entrado en vigencia.
- Organización Internacional del Trabajo, OIT (1999). *Convenio N° 182, sobre la Prohibición de las peores formas del trabajo infantil*. Adoptado por la Conferencia General de la OIT el 27 de junio de 1999. Entró en vigencia el 19 de noviembre del 2000.
- (1973). *Convenio N° 138 sobre la Edad mínima de admisión al empleo*. Adoptado por la Conferencia General de la OIT el 26 de junio de 1973. Entró en vigencia el 19 de junio de 1976.
- South Asian Association for Regional Cooperation (s/f). Información tomada del sitio de la SAARC en Internet, <http://www.saarc-sec.org>.
- Sarup, Kamal Budhathoki (s/f). "Background: Trafficking of Women and Children in Nepal." Se encuentra en línea en <http://www.aphd.or.th/traffickingnepal.htm>.
- Thomas, Helen T. y Agriteam Canada Consulting Ltd. (2002). "Combating Trafficking of Women and Children in South Asia". Documento de país sobre el Reino de Nepal. Asian Development Bank, julio de 2002. Se encuentra en línea en <http://www.adb.org/gender/final-nepal.pdf>.
- Women's Rehabilitation Centre (WOREC) (2002). *Social Mobilization for Socio-Economic Change*. WOREC Informe Anual 2001. Katmandu: WOREC.
- (2002). *Perceptions of Grassroots People about Human Trafficking, Migration and HIV/AIDS, (A Situational Analysis)*. Dr. Binayak P. Rajbhandari, ed., Katmandu: WOREC.
-





Análisis de caso # 2

Personas internamente desplazadas

La historia de Marta

Colombianas y colombianos de todos los sectores han tenido que desplazarse debido al conflicto civil interno de su país. Además de la violencia política desatada entre las fuerzas armadas colombianas, los grupos guerrilleros de izquierda y las organizaciones paramilitares de derecha, el desplazamiento también está ligado al hecho de que las fuerzas de la guerrilla apuntan a las autoridades locales, a las/os líderes cívicas/os y las dueñas/os de negocios a quienes perciben como oponentes. Los secuestros también son frecuentes. Muchas familias han huido de sus hogares para evitar que sus hijas e hijos sean reclutadas/os por la fuerza para luchar en el brutal conflicto que dura ya décadas.

En 1999, el gobierno colombiano gastó alrededor de doce millones de dólares para asistir a unas 36.000 personas desplazadas. El mayor porcentaje de gastos estuvo destinado a comprar tierras para las familias desplazadas que quisieran reubicarse en nuevos espacios, así como en atención sanitaria para las personas desplazadas. Sin embargo, según un informe mencionado por fuentes del Alto Comisionado de la ONU para los Derechos Humanos, el 80% de las personas desplazadas no tenía acceso a la atención de la salud, y el 95% de las mujeres embarazadas desplazadas no recibió atención médica prenatal. Según un estudio encargado por el ACNUR, las tres cuartas partes de la población desplazada se compone de mujeres, por lo general madres solteras con sus hijas e hijos que han perdido a sus maridos en la lucha.

Marta es una de esas mujeres. Ella salió de su pueblo con otras diez mujeres, todas con sus hijas e hijos, horas después de que la guerrilla se llevara a sus maridos y algunos de los hijos mayores a punta de pistola. Los hombres secuestrados no eran soldados ni tampoco funcionarios del gobierno sino, en su mayor parte, comerciantes del pueblo. Tomaron la decisión de irse en un momento de terror, dejando atrás muchos objetos valiosos, entre ellos sus documentos de identidad. El grupo se estableció en las afueras de una ciudad

de tamaño mediano, donde ya lo habían hecho muchas otras personas desplazadas. De repente, Marta pasó de vivir en una casa en su pueblo a habitar una vivienda precaria en un suburbio, sin agua corriente ni desagüe. La gente compraba el agua a los camiones cisterna y se veía obligada a compartir una letrina.

Marta y las otras tuvieron que ir a la ciudad a limpiar casas, lavar ropa o trabajar como vendedoras callejeras, los únicos empleos a los que podían acceder. Las mujeres se turnaron para buscar trabajo y cuidar a las/los 27 niñas y niños, cuyas edades iban de los 6 meses —la criatura de Marta— hasta una adolescente de 14 años.

Con el tiempo, Marta y otra de las mujeres más jóvenes consiguieron un trabajo mejor pagado como empleadas domésticas con cama adentro. Sin embargo, la esposa del empleador exigió a Marta que dejara de amamantar a su bebé, lo que implicó una boca más que alimentar, y mediante alimentos preparados para bebé, que son extremadamente caros. El empleador de Marta ocasionalmente le daba un dinero extra por tener relaciones sexuales con él cuando la esposa no estaba. Pero esta fuente de ingresos se le terminó cuando el coito comenzó a resultarle incómodo, a causa de secreciones vaginales que le producían ardor. Al mismo tiempo, Marta teme que si continúa rechazando las insinuaciones sexuales de su empleador, podría ser despedida. Está desesperada por curarse de sus secreciones vaginales.

La otra mujer del grupo que también consiguió empleo como trabajadora doméstica ha escuchado hablar de un plan de salud para “*los repobres*”, categoría que incluye a las personas desplazadas y a las que viven en la calle. Pero ni ella ni Marta pueden abandonar sus trabajos durante el día para averiguar acerca del plan. Marta trabaja doce horas por día, seis días por semana y su único día libre es el domingo.

Fuente: Adaptado de Human Rights Watch, *Human Rights Watch World Report 2000*, Nueva York: HRW, 2001.

Personas internamente desplazadas en Colombia. Un análisis desde la salud pública

Therese McGinn

La autora es directora administrativa de Salud Reproductiva de Personas Afectadas por Conflicto Armado en el Departamento de Población y Salud Familiar de la Facultad de Salud Pública Mailman, Universidad de Columbia, en la ciudad de Nueva York.

Definición de los temas

El tema fundamental que se presenta en el caso de las personas internamente desplazadas en Colombia, desde el punto de vista de la salud pública, es que el conflicto armado produce muertes y morbilidad tanto física como psicosocial. Además, las disrupciones masivas causadas por cinco décadas de conflicto en Colombia han destruido o dispersado las redes estructurales y sociales —como las instituciones sanitarias, los sistemas educativos, los patrones de trabajo, los lazos familiares, la confianza social— sobre las cuales se basan las mejoras en la salud pública. Por eso el conflicto armado empobrece la salud pública, de manera directa e indirecta.^{1, 2}

Otro conjunto de cuestiones en materia de salud pública tiene que ver con las necesidades de las personas una vez que se convierten en desplazadas. Las mujeres, niñas/os, adolescentes y hombres precisan vivienda y alimentación. Necesitan agua potable y condiciones de higiene adecuadas. Requieren tener acceso a buena atención de la salud en todos sus aspectos. Necesitan tanto atención preventiva tal como vacunas, planificación familiar —que incluya la anticoncepción de emergencia—, preservativos para prevenir las enfermedades sexualmente transmisibles (ETS) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), e información sobre estos temas y otros. Necesitan atención para las afecciones físicas que padezcan (enfermedades respiratorias, diarreicas, malaria, heridas, ETS, y complicaciones del embarazo). Una vez que se han establecido en un nuevo hogar (o en una serie de nuevos hogares, como suele suceder con las personas desplazadas en Colombia y otros lugares), también requerirán acceder a toda una gama de servicios.^{3, 4}

Estos servicios constituyen un paquete de salud pública bastante tradicional y no difieren en lo sustantivo de los servicios de salud y demás que necesitan todas

las personas. Sin embargo, cada vez se admite con mayor frecuencia que el conflicto armado puede crear problemas de salud psicosocial o mental a las personas expuestas a él.^{5, 6} Es probable que las personas desplazadas hayan vivido traumas en repetidas ocasiones. Por lo general, han presenciado el asesinato, la tortura y el secuestro de sus seres amados. Ignoran dónde están sus maridos e hijos secuestrados, e incluso si todavía están con vida. Muchas veces tienen que huir sin nada. Han perdido todo lo que constituía su vida y deben comenzar una vida nueva en otro lugar, y tal vez deban hacerlo más de una vez. En algunos casos, ellas mismas se han enfrentado a la muerte, han sufrido torturas o violaciones. El miedo es probablemente una constante en sus vidas, sobre todo teniendo en cuenta que se trata de un conflicto permanente. Atender las necesidades de salud mental de las personas desplazadas resulta urgente, desde el punto de vista de la salud pública.⁷

En una perspectiva integral de salud pública también se tendrían en cuenta las desigualdades sociales que afectan la salud pública.⁸ Un enfoque preventivo de largo plazo necesariamente tendría que ocuparse de la condición social y económica, la educación, los roles de género, la justicia; en síntesis, de las bases que sustentan la inequidad en Colombia y en toda otra sociedad. Como mínimo, esto exigiría que las/os administradoras/es y quienes diseñan las políticas garantizaran la distribución adecuada así como la cobertura y la calidad de los servicios de salud, de modo que la marginación social no tenga como correlato inevitable la mala situación sanitaria.

Si aceptamos que un sistema de salud pública no puede atender a todas estas necesidades, entonces necesitamos contar con criterios para decidir cuáles van a ser atendidas. La prioridad debería estar determinada por un análisis razonado de varios factores, entre ellos la severidad, el alcance y las consecuencias sociales de los problemas; la eficacia probada de las potenciales

intervenciones; la capacidad del sistema de salud (en forma separada de los otros sistemas sociales, como la justicia, los servicios sociales o las infraestructuras educativas) para llevar adelante esas intervenciones; el carácter aceptable de dichas intervenciones desde el punto de vista cultural y legal; y su costo.⁹

Una aplicación preliminar de estos factores indicaría que el sistema de salud pública debería centrarse primero en ofrecer el paquete tradicional de salud pública que las personas necesitan y quieren, que ya se sabe que funciona y con el cual el sistema de salud puede cumplir en forma eficaz. Rápidamente se le deben agregar los servicios de salud psicosocial, pero en este terreno existe una menor claridad acerca de qué es lo que funciona y la capacidad del sistema de salud de brindar buenos servicios es también menor. Para estos servicios y también en sus esfuerzos por satisfacer las muchas otras necesidades de las personas desplazadas —incluyendo las causas fundamentales del desplazamiento y la inequidad social—, el sistema de salud necesita asociarse con grupos que tengan experiencia de trabajo efectivo en estos temas, tales como las organizaciones de servicio social, derechos civiles y derechos humanos.

Actores/instituciones

Para los temas clásicos de salud pública mencionados más arriba, en principio ya existen las instituciones que pueden ocuparse de ellos. El Ministerio de Salud, actuando como parte del gobierno de Colombia, es responsable de los servicios de salud para las colombianas y colombianos. El sistema de salud en Colombia incluye también a grandes sectores privados y ONG. Estas instituciones trabajan con el gobierno a través del seguro de salud; pero también existen otros esquemas, basados en los sindicatos,¹⁰ que cubren a la mayoría de las colombianas y colombianos. No obstante, como suele suceder, las personas pobres por lo general carecen de cobertura adecuada, y en caso de tenerla tampoco acceden a atención de buena calidad.¹¹

A diferencia de las refugiadas y refugiados que, por definición, viven en un país distinto al suyo, las personas afectadas por el conflicto en este caso son

colombianas desplazadas que siguen viviendo en su propio país. Por eso, sus necesidades deberían estar cubiertas por el mandato del Ministerio de Salud, pero la prestación concreta de los servicios por lo general queda en manos de las autoridades (y ONG) locales que no necesariamente reciben con alegría la llegada de más personas pobres provenientes de otras regiones, puesto que ya tienen la suficiente cantidad de personas pobres sin atención en su propia ciudad.

La situación en cuanto a otros servicios necesarios —educación para las niñas y niños, fortalecimiento de habilidades (para personas como Marta, una mujer rural que pasa de repente a vivir en un ambiente urbano), generación de ingresos y muchos otros— es comparable a la de la atención de la salud. En principio, a las desplazadas se les aplican todos los mismos derechos de los que gozan las otras colombianas y colombianos, pero en la realidad brindar y recibir buenos servicios resulta difícil.

Los doce millones de dólares del programa de asistencia del gobierno en 1999 constituyen un reconocimiento de que esta población de personas desplazadas requiere de particular atención. Ese programa cubre solamente a 36.000 personas; como existen más de 2.500.000 personas desplazadas en Colombia, los 12 millones de dólares resultan insuficientes.¹² Algunas ONG reciben fondos adicionales de donantes para atender a la población desplazada, pero este grupo, privado de sus derechos, igualmente suele quedar en el olvido.¹³

El incremento de recursos sería un punto de partida para abordar mejor las necesidades de las desplazadas (y de las pobres extremas, con quienes las desplazadas tienen mucho en común). Dado que Colombia tiene un sistema de salud que funciona razonablemente bien para buena parte de la población, asignar fondos adicionales para expandirlo de modo que pueda cubrir a las desplazadas parecería un abordaje razonable. Sin embargo, esos fondos adicionales serían solo el comienzo.¹⁴ Las desplazadas sufren una discriminación que el sistema actual no necesariamente está equipado para resolver, y pueden también tener problemas —en especial, en cuanto a sus necesidades de salud psicosocial— diferentes de las colombianas que no han sufrido desplazamiento alguno.

Naturaleza de la intervención/respuesta

Basándonos en los principios de salud pública (equidad, participación, respeto y toma de decisiones en base a las evidencias), una respuesta a la situación a que se enfrentan Marta y sus amigas debería estar diseñada de manera que ofrezca prevención y atención a las necesidades inmediatas de salud del grupo, tal como las definan tanto ellas como profesionales capacitadas/os de salud pública. A las mujeres, niñas/os, adolescentes y hombres desplazadas/os se les debe brindar atención primaria en salud, tratamiento básico, servicios de salud reproductiva, agua potable e instalaciones sanitarias.

Hay muchos modelos de prestación de servicios de salud que han demostrado ser efectivos. Colombia específicamente tiene una larga experiencia en una amplia variedad de buenos modelos de programas: basados en clínicas, en comunidades, mercadotecnia social, en alianzas entre el sector privado y el público, así como programas fundados en los lugares de trabajo y establecimientos educativos. Por eso existen muchas opciones para ofrecer servicios a las personas desplazadas; la selección dependerá de si ellas/os se encuentran en espacios segregados o mezcladas/os con las poblaciones locales, de los otros servicios que se encuentren disponibles y de las preferencias de las propias personas desplazadas.^{15, 16}

Cualquiera sea el modelo de programa elegido, o la combinación específica de servicios ofrecidos, el programa debe cumplir con ciertos requisitos. Debe ser realmente accesible a las personas desplazadas, lo que en el caso de Marta y sus amigas significa que debe estar cerca, contar con instalaciones que abran los domingos y ser gratuito. El programa debe estar diseñado e implementado con la atención claramente puesta en una atención de buena calidad, brindada en forma respetuosa y humana. En ausencia (preferiblemente temporaria) de una iniciativa de salud mental comunitaria en gran escala, el recibir una buena atención médica y al mismo tiempo ser tratada con dignidad puede hacer que Marta se sienta “como un ser humano”.¹⁷

En el caso analizado, se señala que ya existe un programa de salud para “*los repobres*” en la zona donde

vive Marta; tal vez sería posible rediseñarlo para incorporar los requisitos mencionados aquí.

Casos individuales y políticas sociales

La práctica clínica individual puede resultar frustrante para quienes la ejercen, que ven los mismos problemas y a veces incluso las mismas pacientes, una y otra vez. Además, si verdaderamente comprenden la situación, se darán cuenta de que lo que pueden aconsejar a Marta y a mujeres como ella (que usen preservativos, se nieguen a tener sexo bajo coerción, amamenten a sus bebés, recurran a la atención médica inmediatamente) está fuera del control de esas mujeres.

Por supuesto que las sesiones clínicas individuales también pueden resultar frustrantes para Marta y sus amigas. Es probable que valoren la posibilidad de recibir una buena atención cada vez que la necesiten y también que encuentren cierto grado de solaz en la empatía que les manifiesten las prestadoras de servicios, pero seguirán sintiéndose indefensas y dependientes.

Son estas frustraciones las que impulsan los esfuerzos por lograr cambios sistémicos en las políticas, leyes y normas sociales. Una forma de abogar por estos cambios es recopilar evidencias a partir de las historias clínicas o directamente de la población; por ejemplo, datos que muestren que una elevada proporción de trabajadoras domésticas refieren prácticas sexuales producto de la coerción e infecciones con ETS pueden resultar útiles a los grupos de mujeres, de derechos humanos, a las/os funcionarias/os de salud o legisladoras/es reformistas para presionar por un cambio. La historia muestra que los testimonios individuales o grupales de personas afectadas pueden resultar muy efectivos para que un problema llame la atención de los grupos dedicados a la gestión y la defensa, del público y de quienes diseñan las políticas.

Pero existen conflictos potenciales entre la prestación de atención humanizada a personas individuales y la gestión y defensa que buscan cambios en gran escala. La confidencialidad se puede ver comprometida; aun cuando determinadas mujeres accedan a que sus casos

sean utilizados, es posible que nadie pueda realmente apreciar las repercusiones que puede tener en sus vidas el hacer públicas esas historias. Llevar un tema a la conciencia pública conlleva también el riesgo de la reacción en contra: “Si una empleada doméstica sigue trabajando después de que el empleador le ha exigido relaciones sexuales, la culpa es de ella. Todas las empleadas domésticas son prostitutas.” Por último, una necesidad prioritaria para Marta y sus amigas es el ingreso económico. Si, contra todas las predicciones, un programa de gestión y defensa lograra efectivamente reducir el sexo por coerción en el lugar de trabajo, ¿lograría también reemplazar los ingresos perdidos por las mujeres?^{18, 19}

Obstáculos culturales y sociales

Los obstáculos culturales y sociales para llevar adelante un buen programa de salud pública son muchos, y no se limitan a los programas que atienden a las personas desplazadas en Colombia. Son, en diversas combinaciones y grados, los mismos desafíos a los que se enfrentan los programas sociales y de salud en todas las sociedades, en todos los países del mundo.

El programa de salud pública que busque atender a quienes, como Marta, son: a) pobres, b) personas desplazadas, c) mujeres solas, y d) mujeres, tendrá que superar actitudes y estructuras sociales que cuestionan el valor fundamental de las personas que caen en cada una de esas categorías. “Las pobres son haraganas. Ellas no se cuidan a sí mismas; ¿por qué deberíamos cuidarlas nosotros?” “¿Por qué tendríamos que ayudar a las desplazadas cuando tenemos nuestras propias pobres a quienes atender?” “¿Para qué necesitan servicios de salud reproductiva si son mujeres solas o viudas? No deberían tener relaciones sexuales.” Y, en algún nivel: “Las mujeres se merecen sufrir, no se necesita programa alguno para ayudarlas.” Superar estas actitudes es, por supuesto, una tarea de largo plazo que todavía no ha sido completada con éxito por ninguna sociedad del planeta. La necesidad más inmediata para un programa de salud pública es abordar estas percepciones entre su propio personal —rentado y voluntario—, desde quienes limpian las instalaciones hasta quienes las dirigen. Esto sí se puede hacer: a

través de la capacitación y el apoyo permanente, es posible crear un programa que ofrezca buena atención sanitaria en un ambiente de respeto y empatía.^{20, 21, 22}

Lo más difícil, tal vez, sea cambiar las propias actitudes de Marta, que bien pueden ser consistentes con las percepciones negativas que de ella tienen sus compatriotas. Servicios de salud de buena calidad, ofrecidos en forma humanizada, tal vez puedan ayudarla a desarrollar otras miradas.

Los recursos económicos de las mujeres

La situación económica de Marta es una de las causas fundamentales de sus problemas y por eso afecta de manera directa sus posibilidades de garantizar la satisfacción de sus necesidades. Para conservar el salario que obtiene como trabajadora doméstica cama adentro, que es superior al que podría ganar en otros trabajos y que resulta vital para ella, Marta debe tener relaciones sexuales con su empleador, poner en riesgo su salud teniéndolas sin protección y la salud de su bebé al no amamantarla. Su jornada de trabajo de doce horas diarias, por seis días a la semana, no le permite tomarse el tiempo necesario para hacerse tratar las secreciones que le producen ardor o cualquier otra situación que pueda surgir, por ejemplo la planificación familiar si ella así lo deseara, atención a la salud de sus hijas e hijos, verlas/os durante la semana, buscar un trabajo mejor. Pero ella no puede dejar su trabajo actual, que es poco satisfactorio, porque las alternativas son todavía peores.

Un abordaje de salud pública estándar no se ocupa de estos problemas. En el mejor de los casos, le puede ofrecer atención en salud gratuita para eliminar una de las barreras económicas a las que Marta podría enfrentarse. Un buen programa debería ofrecerle también atención en una clínica y/o un centro comunitario los días domingo, para que sus angustias financieras no se vean incrementadas por tener que elegir entre cuidar de su salud y ser despedida.

En un esfuerzo por atender mejor las necesidades económicas de las mujeres y sus familias, los programas de salud pública a veces introducen programas de generación de ingresos u ofrecen préstamos.

Algunos funcionan bien pero la mayoría no, en buena medida porque la gente que trabaja en salud pública se ha formado precisamente en ese campo y suele no tener las habilidades ni la formación necesaria para lograr que esta clase de programas funcionen. Los que funcionan, por lo general lo hacen porque son producto de la colaboración con quienes tienen habilidades complementarias o porque quienes los implementan han logrado, con el tiempo, desarrollar nuevas habilidades.²³

Cabe señalar que Marta y una de sus amigas pudieron conseguir trabajo como empleadas domésticas cama adentro, lo que significa que no pueden cuidar de sus hijas e hijos personalmente. Probablemente, el grupo de once mujeres que salieron juntas del mismo pueblo se ayudan entre sí para el cuidado de sus niñas y niños. Esto es un recurso y una prueba de la existencia de lazos comunitarios que no debería pasarse por alto a la hora de evaluar las necesidades y los recursos con que cuentan Marta y sus amigas.

Indicadores

Lo ideal sería medir el progreso de un programa destinado a brindar buenos servicios de salud a las desplazadas en base a tres niveles de resultados: que el sistema esté siempre listo y preparado para ofrecer atención en salud y la calidad de dicha atención; el conocimiento y la utilización de los servicios por parte de la población desplazada; y —lo que resulta más difícil— si los servicios han mejorado la condición de salud y la calidad de vida de las desplazadas.

Una meta intermedia del programa sería la de mantener los estándares predeterminados de disponibilidad del sistema y buena calidad. Algunos de los indicadores para medir la disponibilidad del sistema serían: porcentaje de personal con habilidades adecuadas para realizar su trabajo (medidas mediante la observación o exámenes), si el equipamiento y los insumos son suficientes y están en buenas condiciones (lista de control manejada por quien supervisa el programa) y si existen sistemas para derivar a las pacientes (Sí/No). Entre los indicadores de la calidad de la atención se podrían incluir los siguientes: si la relación pacien-

te-prestadora cumple con los estándares técnicos y si está caracterizada por el trato respetuoso (mensurable a través de observación por parte de quien supervisa el programa, auto-evaluación de las prestadoras y/o cuestionarios completados por las pacientes).²⁴

La disponibilidad y la calidad de la atención tienen valor si y solo si contribuyen a que las personas quieran utilizar los servicios; por sí solas, no tienen valor. Por eso otra meta, que suele tomarse como criterio para evaluar los programas que brindan servicios, es el incremento en la concientización y el uso de la atención que brindan. Indicadores tales como el porcentaje de desplazadas que pueden identificar en forma correcta los principales mensajes comunicacionales del programa para el cambio de conducta y sus servicios, que han utilizado algunas veces un servicio en particular, y que utilizan los servicios permanentes (como la anticoncepción) son medidas basadas en la población, y la forma más exacta de obtenerlas es a través de una encuesta aplicada a una muestra representativa. Las razones para la utilización o no de los servicios que ofrece el programa y el proceso de toma de decisiones —también fundamental para comprender el desempeño del programa— se miden mejor a través de métodos cualitativos.²⁵

Quienes han diseñado un programa bien pensado, basado en pruebas sólidas e hipótesis causales, tienen buenas razones para esperar que la utilización de dichos servicios de salud contribuya a un buen estado de salud en el largo plazo y a una mejor calidad de vida. Pero estos resultados en el largo plazo pueden resultar difíciles de medir: se van dando lentamente, a lo largo de muchos años; se ven afectados por muchos otros factores como los cambios sociales, económicos y políticos, lo que hace que resulte difícil discernir en qué ha influido el programa, y que en algunos casos carezcamos de buenos métodos para medirlos. No existen técnicas estandarizadas para medir el “empoderamiento”, por ejemplo, o la “calidad de vida”.

En el caso de las intervenciones probadas, como la planificación familiar y la atención obstétrica de emergencia, puede resultar suficiente con medir la utilización y confiar en las pruebas sobre las que se basan las intervenciones para dar por supuesto el aporte en el largo plazo (es decir, si se demostró

que las mujeres utilizaron de manera correcta y continuada los anticonceptivos, puede inferirse sin mucho temor a equivocarse que ellas tendrán éxito en cuanto a espaciar o limitar los nacimientos). Para las intervenciones no probadas, como los esfuerzos por mejorar la salud psicosocial o minimizar los efectos de la violencia de género, las mediciones en los tres niveles ayudan a crear las pruebas en las cuales pueden basarse los programas futuros.^{26, 27, 28}

Toda recolección de datos debe respetar los principios básicos de beneficencia, autonomía y justicia.²⁹ Garantizar estas protecciones resulta particularmente difícil en una situación como la que se describe en el caso que estamos analizando. Marta y sus amigas pueden sentir la obligación de cooperar con los pedidos de información del programa al que recurren para ser atendidas, sin importar la rigurosidad y sinceridad de los procedimientos para obtener su consentimiento informado. Podemos abrigar sospechas acerca de la confidencialidad dado el caos y el hacinamiento reinante en el barrio donde vive Marta. Además, en ambientes en los que las personas pueden haber sufrido traumas psicológicos y donde existen escasos o ningún servicio adonde derivarlas, el personal del programa debe evaluar las consecuencias éticas de la recolección de datos.^{30, 31}

A la vez que admiten estas preocupaciones, también deben evaluar si es ético *no* contar con un buen monitoreo y evaluación de los programas que atienden a las desplazadas. No recoger datos en estos ambientes también es una decisión política y de gestión, que perpetúa la mala prestación de servicios de salud. Recoger información es un deber; también lo es ajustarse a los principios éticos que guían y disciplinan el ejercicio de la recolección de datos.^{32, 33}

Diálogos entre diferentes esferas de acción

Las intervenciones de salud pública responden de manera directa a la “desesperada necesidad de Marta de que se la atienda por sus secreciones que le causan ardor”, y a las muchas otras demandas en materia de salud que tienen personas como ella. La buena educación, el cuidado preventivo y curativo de la salud que se brinda de manera respetuosa mejora

enormemente las vidas de millones de personas, y éste no es un logro menor.

Pero la salud pública, aun en su mejor desempeño, no se ocupa de todas las preocupaciones sociales. Un programa de salud pública puede tratar la ETS de Marta, pero no es improbable que resuelva de manera efectiva las inequidades fundamentales que la colocaron en la posición de verse contagiada de una ETS. La salud pública no puede detener el conflicto que obligó a Marta a abandonar su hogar en Colombia. Tampoco puede resolver las inequidades económicas y de género que la hacen sentirse en deuda con su empleador.

Por otro lado, es poco probable que un programa de derechos humanos pueda curar la ETS de Marta. Pero sí puede proporcionarle la manera de unirse a otras mujeres para abordar los demás problemas a los que todas se enfrentan.

Marta quiere que le curen su ETS y, si se lo preguntaran, probablemente podría identificar muchas otras necesidades directas de salud —suyas y de sus hijas e hijos. También podría expresar muchas otras aspiraciones, como lo hacen las mujeres en el mundo entero. Tal vez quiera adquirir nuevas habilidades para conseguir un trabajo mejor pagado, encontrar a su marido y a los hijos que fueron secuestrados; paz, para poder regresar a su casa y a su finca. En última instancia, es probable que quiera ser tratada “como un ser humano”, no solo por el sistema de salud sino por la sociedad en general. Dado que esa tarea va mucho más allá de lo que puede lograrse desde la salud pública o desde los derechos humanos en forma aislada, ambos deberían trabajar en conjunto y sumar sus esfuerzos para cumplir los deseos de Marta. ■

Notas

1. William H. Foege, "Arms and Public Health: A Global Perspective", en *War and Public Health* (Updated Edition). Barry S. Levy and Victor W. Sidel, eds., Washington D.C.: American Public Health Association, 2000.
2. Kofi Annan, "Informe del Secretario General al Consejo de Seguridad sobre mujeres, paz y seguridad", Nueva York: Naciones Unidas, S/2002/1154, 16 de octubre de 2002.
3. The Sphere Project, *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. Ginebra: The Sphere Project, 2000.
4. Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations, *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual*. Ginebra: United Nations High Commissioner for Refugees, 1999.
5. World Health Organization (WHO), *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Health in Populations Exposed to Extreme Stressors*. Ginebra: WHO, January 2003. Versión en castellano: *La salud mental en las emergencias: aspectos mentales y sociales de la salud de poblaciones expuestas a factores estresantes extremos*. Se puede consultar en: http://www-who.int/entity/mental_health/resources/mhe.pdf.
6. Psychosocial Effects of Complex Emergencies, Informe de un simposio realizado en Washington D.C. 8-19 de marzo de 1999. Nueva York: Columbia University Mailman School of Public Health, abril de 1999.
7. WHO, *op.cit.*
8. Timothy Evans, ed., *Challenging Inequities in Health: From Ethics to Action*. Oxford: Oxford University Press, 2001.
9. Therese McGinn, Deborah Maine, James McCarthy y Allan Rosenfield, *Setting Priorities in International Reproductive Health Programs: A Practical Framework*. Nueva York: Center for Population and Family Health, Columbia University, julio de 1996.
10. U.S. Committee for Refugees, "Colombia", en *World Refugee Survey 2002*. Washington D.C.: Immigration and Refugee Services of America, 2002, pp. 264-268.
11. *Ibid.*
12. Women's Commission for Refugee Women and Children, *Unseen Millions: The Catastrophe of Internal Displacement in Colombia*. Nueva York: Women's Commission for Refugee Women and Children, marzo del 2002.
13. *Ibid.*
14. U.S. Committee for Refugees, *op.cit.*
15. The Sphere Project. *op.cit.*
16. Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations, *op.cit.*
17. Hernán Vera, "The Client's View of High-Quality Care in Santiago, Chile", en *Studies in Family Planning* 24, N° 1, enero/febrero de 1993, pp. 40-49.
18. UNHCR and Save the Children-UK, "Note for Implementing and Operational Partners on Sexual Violence & Exploitation: The Experience of Refugee Children in Guinea, Liberia and Sierra Leone", febrero del 2002; Asmita Naik, "Protecting Children from the Protectors: Lessons from West Africa", en *Forced Migration Review* 15, octubre del 2002, pp. 16-19.
19. Silberschmidt, Margrethe and Vibeke Rasch, "Adolescent Girls, Illegal Abortions and 'Sugar-Daddies' en Dar es Salaam: Vulnerable Victims and Active Social Agents", en *Social Science and Medicine* 52, N° 12, 2001, pp. 1815-1826.
20. Andre Griekspoor y Egbert Sondorp, "Enhancing the Quality of Humanitarian Assistance: Taking Stock and Future Initiatives", en *Prehospital and Disaster Medicine* 16, N° 4, octubre-diciembre 2001, pp. 209-215.
21. Elaine Murphy y Cynthia Steele, "Client-Provider Interaction in Family Planning Services: Guidance from Research and Program Experience," MAQ Paper 1, N° 2, 2002. Se puede consultar en línea en el sitio de la Maximizing Access and Quality Initiative, <http://www.maqweb.org/macdoc/vol2.pdf>.
22. Vera, *op.cit.*
23. Observación personal de la autora, 1983-2003.
24. Jane T. Bertrand y Gabriela Escudero, *Compendium of Indicators for Evaluating Reproductive Health Programs*. MEASURE Evaluation Manual Series, N° 6. Chapel Hill: MEASURE Evaluation, agosto del 2002.
25. David L. Morgan, *Focus Groups as Qualitative Research*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.
26. Deborah Maine, Tessa M. Wardlaw, et al., *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*. Nueva York: UNICEF/WHO/UNFPA, octubre de 1997.
27. Therese McGinn y Roger Vaughan, "Using Causal Pathways: A Practical Design, Monitoring and Evaluation Framework", Columbia University. Inédito.
28. Therese McGinn, "Monitoring and Evaluation of PMM [Prevention of Maternal Mortality Program] Efforts: What Have We Learned?", en *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 59, suplemento N° 2, noviembre de 1997, pp. s245-s251.
29. World Health Organization, *Report of Research and Development Consultation on Applied Health Research Priorities in Complex Emergencies*, 28-29 de octubre de 1997. Ginebra: World Health Organization, 1997. Se

Notas

puede consultar en línea en el sitio de la WHO: <http://www.who.int/disasters/tares/research/results.htm>., desde el 8 de enero del 2003.

30. Therese McGinn, "Informed?? Consent?? Considerations on Carrying Out Research in Forced Migration Settings." Ponencia presentada en la Council Ebert Reproductive Health Meeting, Mayo 2001. Resumido en Susan Y. Wood, Barbara A. Friedland, C. Elizabeth McGrory, *Informed Consent: From Good Intentions to Sound Practices, A Report of a Seminar*. The Robert H. Ebert Program Critical Issues in Reproductive Health, Nueva York: The Population Council, 2002, pp. 27-28.

31. Susan Purdin y Therese McGinn, "Improving Policy and Practice: Linking the Humanitarian and Research Communities." Borrador de un documento preparado para la National Academies Roundtable on the Demography of Forced Migration, Washington D.C., enero del 2003.

32. World Health Organization Advisory Group on Research in Emergencies, Informe de la segunda reunión, 16 de abril de 1999. Ginebra, World Health Organization, 1999. Se puede consultar en línea en el sitio de la WHO: <http://www.who.int/disasters/repro/5946.doc>, a partir del 8 de enero del 2003.

33. Purdin y McGinn, *op. cit.*

Personas internamente desplazadas: derechos humanos

Charles Ngwena

El autor es profesor en el Departamento de Derecho Constitucional y Filosofía del Derecho en la Facultad de Derecho, University of the Free State, Sudáfrica.

Definición de los temas

Desde una perspectiva holística, el derecho violado en el caso de Marta es el derecho a su dignidad como ser humano. Se puede afirmar que la dignidad humana es la fuente de todos los derechos humanos,¹ pero cuando se trata de encontrar remedios prácticos, los hechos implican violaciones a otros derechos específicos por parte del gobierno de Colombia así como de otros actores privados.

El artículo 23 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCR) reconoce a la familia como elemento natural y fundamental de la sociedad, que el Estado tiene el deber de proteger.² El secuestro del marido, la decisión de salir de su hogar en un momento de terror, y el abandono de muchas propiedades valiosas sugieren que aunque el Estado no es directamente responsable por esas transgresiones, posiblemente no haya tomado medidas razonables para proteger a la familia de violaciones cometidas por actores privados. El artículo 9 del PIDCR, que garantiza el derecho a la libertad, y el artículo 17, que garantiza el derecho a no ser sometida a interferencias arbitrarias o ilegales en la familia y el hogar, también están implicados. Dado que la aplicación del PIDCR es de naturaleza vertical, es decir que solo impone obligaciones al Estado y no a los actores privados, los artículos 9 y 17 no pueden aplicarse contra los transgresores directos (la guerrilla), pero se pueden usar para reforzar el argumento del artículo 23 contra el Estado.³ Si hubieran sido agentes estatales — como, por ejemplo, el ejército — quienes hubieran secuestrado al marido de Marta, las disposiciones del PIDCP se aplicarían directamente.

El Estado también tiene ciertas obligaciones socioeconómicas para con Marta. Ella carece de acceso a una vivienda adecuada, de servicios para la atención de su salud, agua, instalaciones sanitarias y seguridad social. Además, sus condiciones de trabajo

no son equitativas. En consecuencia, entran en juego las siguientes disposiciones del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.⁴ El artículo 6 que le garantiza el derecho a la oportunidad de ganarse la vida con el trabajo que ella escoja libremente; el artículo 7, que le garantiza el derecho a gozar de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias que le aseguren descanso, disfrute del tiempo libre, una limitación razonable de las horas de trabajo y vacaciones periódicas pagadas; el artículo 9 que le garantiza el derecho a la seguridad social; el artículo 10 que le garantiza el derecho a protección especial después del parto; el artículo 11 que le garantiza el derecho a un nivel de vida adecuado, que incluye una vivienda apropiada; y el artículo 12, que le garantiza el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física. La falta de agua y de infraestructura sanitaria se puede encuadrar bajo el artículo 11 o 12 del PIDESC.⁵ El acceso al agua y las instalaciones sanitarias adecuadas son parte fundamental del derecho a un nivel de vida apropiado y del derecho a la salud.⁶

Las disposiciones de la Convención para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer (la Convención de la Mujer) también pueden invocarse frente a las privaciones socioeconómicas.⁷ Mediante la Convención de la Mujer, Colombia se comprometió, entre otras cosas, a: tomar todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y adelanto de las mujeres, con el objeto de garantizarles el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre;⁸ tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo, incluyendo el derecho a igual remuneración, inclusive todas las prestaciones y condiciones de servicio y la realización del derecho a la seguridad social;⁹ y todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación en la esfera de la

atención, inclusive el garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario y una nutrición adecuada durante la lactancia.¹⁰ La obligación de Colombia de proteger la dignidad y la igualdad de las mujeres se extiende a los actos cometidos por actores no estatales, como por ejemplo un empleador privado.¹¹

Colombia debe tomar medidas razonables para garantizar que los actores privados sobre los cuales tiene jurisdicción no violen los derechos socioeconómicos de las personas. Por omisión, Colombia es responsable de las violaciones a los derechos humanos que resulten de su fracaso en cuanto a la regulación y el control efectivos sobre la conducta del empleador de Marta mediante leyes, políticas y prácticas laborales efectivas.

Los hechos también indican acoso sexual y por ende una violación de la libertad sexual de Marta. Marta cree genuinamente que si rechaza las insinuaciones del empleador perderá su trabajo. El acoso sexual afecta el derecho a la dignidad humana que está protegido por la Convención de la Mujer.¹² Además, el acoso sexual perpetrado por un empleador puede verse como un incumplimiento de la obligación que tiene Colombia de tomar todas las medidas apropiadas para garantizar a las mujeres el goce de sus derechos humanos.¹³ Sin embargo, la Convención de la Mujer no tiene disposiciones que se ocupen directamente del acoso sexual.¹⁴

Hay instrumentos regionales que también hacen referencia a la violación de los derechos socioeconómicos de Marta. La Declaración Americana reconoce, entre otros, los siguientes derechos: a la preservación de la salud mediante medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, vestimenta, vivienda y atención médica;¹⁵ al trabajo en condiciones adecuadas, a seguir libremente la propia vocación y a recibir una remuneración que asegure un nivel de vida adecuado;¹⁶ y a la seguridad social.¹⁷ En el mismo sentido, el Protocolo de San Salvador reconoce los derechos a: el trabajo;¹⁸ condiciones de trabajo justas, equitativas y satisfactorias;¹⁹ la seguridad social;²⁰ la salud²¹ y un medio ambiente saludable.²²

El Estado también tiene obligaciones socioeconómicas para con el bebé de Marta, porque las disposiciones del PIDESC se aplican a la criatura en la misma medida en que se aplican a la madre. Además, la Convención sobre los Derechos del Niño (Convención del Niño) tiene una relevancia especial para los derechos socioeconómicos de la criatura.²³ Las disposiciones de la Convención del Niño implicadas en este caso son los derechos al nivel más alto posible de salud,²⁴ a la seguridad social,²⁵ y a una condición de vida adecuada para el desarrollo del niño.²⁶

Como cuestión prioritaria, es necesario dar a Marta una oportunidad de acceder a servicios de atención de la salud, a causa de sus secreciones vaginales. Si esa infección no recibe una atención urgente podría empeorar y llegar a poner en serio peligro su salud, si no su vida. Brindarle un acceso inmediato a la atención de su salud no solo es importante para Marta sino también para su criatura, que depende de ella. El acceso a la atención de su salud también constituirá una oportunidad de que pueda recibir orientación profesional con respecto a su salud sexual, incluyendo la prevención de infecciones transmisibles por la vía sexual. Esto es importante por la prevalencia del VIH/SIDA y la débil posición que Marta ocupa en lo que atañe a negociar las relaciones sexuales con su empleador.

En segundo lugar, es necesario ocuparse inmediatamente de las condiciones de trabajo de Marta, para que ella pueda liberarse de un ambiente laboral opresor. Se le debe permitir ejercer el derecho a amamantar, por muchas razones entre las cuales se encuentra el hecho de que el alimento para bebés está fuera de su alcance. La naturaleza opresiva de sus circunstancias se ve acentuada por el hecho de que su vivienda depende de su empleo. Lo ideal sería obligar a que el Estado cumpla sus obligaciones respecto a los derechos socioeconómicos de Marta después de que hayan sido atendidas sus necesidades de salud y laborales.

Actores/instituciones

Hay una variedad de instituciones responsables por el monitoreo y/o la reparación en cuanto a los derechos humanos implicados en el caso de Marta. Dichas instituciones podrían dividirse, en líneas generales, en las siguientes categorías: instituciones estatales nacionales, instituciones no gubernamentales e instituciones internacionales de derechos humanos.

Actores/instituciones estatales nacionales

En el plano nacional, una institución importante es la Corte (o tribunal) de Justicia. Asumiendo que el poder judicial es una rama independiente del Estado, los tribunales garantizan imparcialidad e implementación de las reparaciones. Si Colombia tiene un tribunal especializado en Derecho Laboral, ese debería ser el primer puerto al cual acudir. Sin embargo, la eficacia del sistema judicial como sistema de reparación se ve restringida por una serie de limitaciones. A menos que exista una prestación generosa de asistencia legal, los costos suelen ser un impedimento para acceder al sistema de justicia civil, y mucho más cuando las/os demandantes son pobres o indigentes. El proceso judicial en sí suele ser lento, de modo que con frecuencia el remedio llega mucho después de la violación sufrida. Cuando la situación de abuso es permanente, como en el caso de Marta, el tiempo adquiere una importancia mayor.

La jurisdicción es otra barrera. Históricamente, han sido las cuestiones convencionales, civiles y políticas las que han caído bajo la jurisdicción de los tribunales, y no tanto los derechos socioeconómicos, los así llamados “derechos de segunda generación”, como el derecho a la salud, la vivienda y la seguridad social. A diferencia de los civiles/políticos, estos derechos por lo general dependen de la disponibilidad de recursos por parte del Estado. Además, los tribunales históricamente han sido reuentes a pronunciarse en relación a estos derechos, porque hacerlo obliga a los jueces/juezas a involucrarse en cuestiones de presupuesto que son vistas como pertenecientes a la órbita del Ejecutivo.²⁷ En el caso de Colombia, sin embargo, la jurisdicción no es un impedimento ya que la Constitución del país no deja dudas acerca de

la obligatoriedad jurídica de los derechos socioeconómicos.²⁸

Además de garantizar derechos civiles y políticos tales como los derechos a la vida, la igualdad y la seguridad personal, la libertad, la integridad y la autonomía,²⁹ la Constitución de Colombia (1991) reconoce los derechos de las niñas y los niños, a la atención pública de la salud, la vivienda digna, el medio ambiente saludable y derechos laborales como los que están implicados en el caso de Marta.³⁰ La Corte Constitucional, que fue creada en 1991, está encargada de hacer cumplir la Constitución.³¹ Además, la Corte Constitucional tiene la obligación de hacer respetar los tratados internacionales ratificados por Colombia. En el caso de Colombia, la ratificación se produce cuando el Ministerio de Relaciones Exteriores presenta un tratado internacional al Congreso, éste lo aprueba y el Presidente lo autoriza.³² El efecto de la ratificación consiste en que el tratado no solo se convierte en legislación que debe cumplirse sino que también prevalece y tiene precedencia sobre cualquier otra ley nacional que lo contradiga.³³ La Constitución de Colombia también dispone que los derechos fundamentales garantizados en ella deben interpretarse de conformidad con los tratados de derechos humanos.³⁴

Debería señalarse que, por más eficientes que sean, la tarea de los tribunales no es —en última instancia— monitorear el cumplimiento de los tratados de derechos humanos. Por el contrario, dependen de que las partes agraviadas les presenten los asuntos para su consideración. También sucede que los tribunales por lo general resuelven casos individualmente, a menos que se trate de una demanda colectiva y exista la legitimación procesal para dicha demanda. En el caso de Marta, donde hay otras diez mujeres que están sufriendo privaciones socioeconómicas similares, sería deseable presentar una demanda colectiva.

Además de los tribunales, también debería hacerse uso de la Defensoría del Pueblo que existe en Colombia desde 1992.³⁵ Esta institución tiene la responsabilidad de hacer respetar, proteger y promover los derechos humanos en nombre de las personas. Pero su eficacia depende de la medida en que sea independiente del Ejecutivo. Aunque constitucionalmente

dicha independencia está garantizada, algunas/os Defensoras/es del Pueblo actúan con parcialidad hacia el Estado.

Otra alternativa sería una Comisión de Derechos Humanos en el plano nacional, que ocuparía el lugar de la Defensoría del Pueblo que actualmente existe en Colombia. La ventaja de una Comisión de Derechos Humanos es que si se la crea mediante la Constitución, por lo general cumple con las siguientes funciones: promover el respeto de los derechos humanos, promover la realización de los derechos humanos, monitorear y evaluar el respeto de los derechos humanos, investigar y denunciar (violaciones) de los derechos humanos, tomar las medidas necesarias para garantizar el remedio adecuado cuando se hayan violado los derechos humanos, llevar adelante investigaciones y educar al Estado y a las/os gobernadas/os acerca de los derechos humanos.³⁶ Si es creíble e independiente, una Comisión Nacional de Derechos Humanos puede exigir a una dependencia estatal no solo que presente pruebas que demuestren que está cumpliendo con sus obligaciones en materia de derechos humanos, sino también sumarse a un litigio que procure obligar al Estado a indemnizar a quienes han sufrido violaciones de sus derechos humanos.

Una de las principales ventajas, tanto de la Defensoría del Pueblo como de la Comisión de Derechos Humanos, es que por lo general resulta fácil acceder a ellas y no exigen procedimientos complejos ni desembolsos importantes para aceptar un caso. La intervención de la Defensoría o de la Comisión de Derechos Humanos también puede tornar innecesaria la acción judicial, sobre todo cuando se garantiza el remedio o cuando por lo menos existen acciones genuinas por parte del Estado para ocuparse de las quejas.

Actores/instituciones no gubernamentales

Las organizaciones no gubernamentales (ONG) son actores importantes en la promoción del respeto a los derechos humanos y de una cultura de derechos humanos, sobre todo para las personas pobres o indigentes que han sufrido agravios. Muchas ONG monitorean y evalúan el respeto a los derechos

humanos; pueden ayudar a Marta y a su criatura a reivindicar sus derechos humanos ante los tribunales. Las ONG que no dependen demasiado del apoyo financiero del gobierno para existir son a veces las más confiables, porque es más probable que actúen con independencia del Estado y, si fuera necesario, también podrían estar dispuestas a emprender acciones legales contra éste. Algunas ONG toman casos de derechos humanos en general, mientras que otras se especializan en cuestiones de salud. La ventaja de las ONG es que pueden ser creativas cuando existen precedentes legales que parecerían cerrar todas las puertas, como es el caso cuando la letra de la ley no reconoce la obligatoriedad jurídica de los derechos socioeconómicos. Ellas pueden “fabricar” derechos que sean aplicables a Marta y a su criatura, a partir de una cláusula constitucional que se refiera a la igualdad o al derecho a la vida.

También hay organizaciones de base comunitaria que tienen interés en el respeto y la promoción de los derechos humanos en general o en asuntos de salud. Algunas funcionan totalmente en la esfera de los derechos de las mujeres, utilizando perspectivas de derechos humanos o feministas. Otras se interesan por los derechos de las niñas y los niños. Ambas resultarían ideales para tomar el caso de Marta y su criatura. También pueden existir grupos de profesionales, tales como asociaciones de profesionales de la salud, que por su cuenta o aliadas con ONG/organizaciones de base comunitaria se dispongan a defender la causa de las personas pobres o indigentes. Resultaría apropiado buscar un abordaje multidimensional que involucre a todas las partes interesadas que podrían querer comprometerse, siempre que existieran metas comunes a ser alcanzadas. Pero algunas de las partes interesadas podrían no sentirse cómodas con acciones que parezcan hostiles al Estado, por miedo a que anulen cualquier posibilidad de interacción y cooperación constructiva con éste.

Instituciones internacionales de derechos humanos

En el plano internacional, el PIDCP cuenta con un organismo encargado de la vigilancia de su cumplimiento —el Comité de Derechos Humanos—, que recibe denuncias relativas a violaciones de los

derechos humanos enumerados en el PIDCP. De acuerdo a lo estipulado en el Protocolo Opcional al PIDCP, una persona que considera que cualquiera de sus derechos ha sido violado puede dirigirse al Comité, tras haber agotado las instancias domésticas.³⁷ Sin embargo, el Protocolo Opcional tiene dos limitaciones importantes. La primera es que para que una persona pueda invocarlo, el Estado del que ella es ciudadana debe haberlo ratificado.³⁸ La segunda es que el PIDCP se ocupa básicamente de los derechos civiles y políticos, y no puede ser de utilidad para lograr que se respeten los derechos socioeconómicos.

La excepción se encuentra en aquellas áreas limitadas en las que un derecho socioeconómico puede subsumirse bajo un derecho civil o político. Una posibilidad de esta clase surge cuando la salud se ve seriamente amenazada por la falta de acceso a la atención adecuada. En ese caso, puede invocarse el derecho a la vida protegido por el PIDCP,³⁹ dado que el hecho de que Marta no reciba tratamiento por sus secreciones vaginales puede, con el tiempo, comprometer su salud y por lo tanto su vida. Otra posibilidad tiene que ver con la prohibición de amamantar y el acoso sexual sufrido por Marta. Podría afirmarse que esas conductas constituyen una violación del derecho a la libertad personal, protegido por el PIDCP. Pero esto no funcionará —dado que el perpetrador es un individuo y no un Estado parte— a menos que se pueda afirmar que el Estado no ha tomado medidas razonables para garantizar la protección igualitaria a los derechos de las mujeres en el sector privado, como lo exige el artículo 3 del PIDCP (sobre el derecho a la igualdad).⁴⁰

Como mencionáramos más arriba, los instrumentos internacionales que de manera inequívoca reconocen los derechos socioeconómicos son el PIDESC, la Convención de la Mujer y la Convención del Niño. Una debilidad sería de estos tratados es que, salvo la Convención de la Mujer,⁴¹ no cuentan con jurisdicción para recibir quejas individuales. De todos modos, Colombia todavía no ha ratificado el Protocolo Opcional a la Convención de la Mujer.

En conjunto, el PIDESC, la Convención de la Mujer y la Convención del Niño llevan a cabo sus funciones

de monitoreo mediante la evaluación de informes periódicos que le presentan los Estados partes. Las observaciones que formulan acerca de los Estados que les han presentado informes —las Observaciones Finales— pueden tener como efecto práctico la censura del Estado parte que ha violado las obligaciones que le competen de acuerdo al tratado, ofreciendo así un incentivo para la acción que sirva como remedio. Las Observaciones Finales son, en esencia, exhortaciones a los Estados partes. Resultan más apropiadas en los casos en los que una solución urgente o un remedio específico no son verdaderamente necesarios. Es importante señalar que además de los Estados partes, las agencias especializadas de la ONU y las ONG o grupos de base comunitaria también pueden presentar informes a los organismos encargados de la vigilancia de los tratados acerca del estado de las protecciones a los derechos humanos en una jurisdicción dada.

Instituciones regionales de derechos humanos

La Declaración Americana es una fuente muy rica de derechos socioeconómicos, pero es una declaración más que un tratado y por eso no puede obligarse al Estado a implementar sus disposiciones. Por otro lado, la Convención Interamericana es un tratado que cuenta con una Corte y una Comisión.⁴² Marta puede presentar una queja a la Comisión Interamericana, denunciando que se ha violado la Convención.⁴³

La Convención Interamericana brinda garantías para los derechos civiles y políticos convencionales. Además, de acuerdo a su artículo 26, los Estados partes —entre los que se cuenta Colombia— deben adoptar medidas que tengan por objeto “la realización progresiva” de los derechos socioeconómicos, como los que están implicados en el caso de Marta y su criatura. Este artículo, aunque está presentado como principio directriz, debería utilizarse de forma creativa para fundamentar derechos socioeconómicos judicializables. Debería utilizarse también la jurisprudencia del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en pronunciamientos como la Observación General 3, para establecer el significado de la “realización progresiva” de los derechos socioeconómicos en el artículo 26 de la Convención Interamericana.

Según la Observación General 3 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la disposición acerca de la realización progresiva es un reconocimiento al hecho de que la realización de los derechos socioeconómicos está sujeta a la disponibilidad de recursos que son intrínsecamente limitados.⁴⁴ Pero aun cuando los derechos socioeconómicos deban realizarse en forma progresiva y no de inmediato, el Estado debe dar pasos para ir avanzando hacia la realización de los mismos, en un período razonablemente breve después de haber ratificado el PIDESC.⁴⁵ Los pasos que dé deberían ser deliberados, concretos y focalizados.⁴⁶ Así, el Estado no puede demorar indefinidamente el momento de iniciar el proceso, incluyendo medidas legislativas, administrativas, financieras educativas y sociales destinadas a la realización de los derechos socioeconómicos. Además, ofrecer remedios judiciales para los derechos socioeconómicos violados es parte fundamental de las medidas que el Estado debe tomar.⁴⁷ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales también considera que cada uno de los derechos socioeconómicos conlleva la obligación por parte del Estado de garantizar, por lo menos niveles mínimos esenciales de realización.⁴⁸ Además, incluso en épocas de severas restricciones de recursos, las/os miembros/os vulnerables de la sociedad (como las mujeres, niñas y niños en este caso) deben ser protegidas/os mediante la adopción de programas focalizados de relativo bajo costo.⁴⁹

Los derechos civiles/políticos convencionales contenidos en la Convención Interamericana, como los derechos a la igualdad y a la vida, se pueden utilizar para fundamentar derechos socioeconómicos que son esenciales para la igualdad y para la vida, como por ejemplo el derecho a cierto grado básico de protección en cuanto a la salud. La jurisprudencia india ofrece un ejemplo útil de cómo pueden fundamentarse derechos cuya realización sea obligatoria a partir de directrices de principios que se encuentran en un instrumento de derechos humanos.⁵⁰

Si bien el Protocolo de San Salvador reconoce los derechos socioeconómicos implicados en el caso de Marta y su criatura, no recibe peticiones individuales que sean aplicables al caso de Marta.⁵¹ Al igual que los organismos de la ONU encargados de

vigilar el cumplimiento de los tratados —como el PIDESC— el mecanismo de protección funciona mediante evaluación de informes periódicos que presentan los Estados partes, indicando las medidas progresivas que han adoptado.

Naturaleza de la intervención/respuesta

En el corto plazo, la opción adecuada sería agotar las instancias nacionales. Las violaciones a los derechos laborales se deben encarar invocando la Constitución que, entre otras cosas, reconoce en su Capítulo I, Título 11 el derecho al trabajo digno en condiciones equitativas.⁵² Si las Recomendaciones y Convenios de la Organización Internacional del Trabajo influyen sobre las disposiciones del Derecho Laboral colombiano, será relativamente fácil establecer que —cualquiera haya sido el acuerdo entre Marta y su empleador— las condiciones de trabajo de Marta están muy lejos de lo que la Organización Internacional del Trabajo (OIT) considera equitativo. Marta trabaja muchas horas más de las ocho, o nueve, que constituyen una jornada normal; trabaja todos los días salvo los domingos, sin que tenga previstas horas extras, ni vacaciones anuales, ni licencias por enfermedad, no le permiten amamantar a su hija. El hecho de que las condiciones de trabajo de Marta no le permitan acceder a los servicios de atención a la salud también podría ser una contravención a las leyes colombianas sobre la salud y la seguridad. Estos hechos implican particularmente al Convenio 183 de la OIT (2000) sobre protección a la maternidad.⁵³ Pese a que Colombia no ha ratificado ese Convenio, sus disposiciones respecto a la licencia por maternidad,⁵⁴ licencia por enfermedad,⁵⁵ beneficios incluyendo los de atención médica⁵⁶ y amamantamiento,⁵⁷ ofrecen una referencia autorizada y convincente para afirmar que el empleador de Marta está violando sus derechos laborales y que Colombia tiene la obligación de tomar medidas razonables para garantizar que las condiciones de trabajo de Marta sean compatibles con las normas internacionales. Como lo mencionáramos más arriba, también es posible fundamentar este argumento citando el PIDESC,⁵⁸ la Convención de la Mujer,⁵⁹ la Declaración Americana,⁶⁰ y el Protocolo de San Salvador.⁶¹ Se todos modos, la Constitución de Colombia exige

que las disposiciones referidas a los derechos fundamentales sean interpretadas en conformidad con los tratados de derechos humanos.⁶²

Un aspecto adicional de la acción judicial que podría emprenderse en base a las disposiciones constitucionales de Derecho Laboral es el acoso sexual que sufre Marta. Los hechos indican que se trata de un acoso *quid pro quo*, por el cual a Marta se le exigió que participara en ciertos actos sexuales o los tolerara con el fin de obtener un beneficio relacionado con su trabajo, o eludir una sanción vinculada con su trabajo. Verse obligada a brindar favores sexuales es una negación del derecho a un trabajo digno en condiciones equitativas.

Como meta en el corto plazo, se debe procurar el acceso inmediato al tratamiento, no solo como parte del derecho al trabajo digno en condiciones equitativas sino también como parte del derecho a la atención pública de la salud reconocido por la Constitución de Colombia. Marta podría acceder al plan de salud para las personas extremadamente pobres —“*los repobres*”— si tuviera tiempo libre. Dado lo urgente del asunto, podría resultar apropiada una orden judicial contra el empleador para obligarlo a permitir a Marta ausentarse del trabajo el tiempo suficiente como para que pueda acceder al tratamiento. Para emitir esa orden judicial basta con que Marta, como demandante, lo solicite, sin que a la otra parte se le pida que responda. El tribunal determina la necesidad de brindar alivio inmediato a Marta como cuestión preliminar, y más tarde se aboca a las cuestiones sustantivas. La orden judicial se sustenta en la necesidad de evitar la demora que podría producirse si hubiera que esperar a que ambas partes se presentaran ante el tribunal. Una demora de esa clase podría causar un daño irreparable o irreversible a la salud de Marta, incluso si ella lograra ganar el caso. Para evitar ese daño irreparable o irreversible, se justifica que el tribunal considere que el caso requiere de atención urgente y ofrezca una solución provisional que al menos va a proteger los derechos fundamentales de Marta antes de evaluar los méritos sustantivos del caso.

Una vez que se hayan agotado los remedios en el plano nacional —como meta en el mediano/largo

plazo—, se deben tomar medidas para lograr que el Estado cumpla con las obligaciones socioeconómicas que le imponen, en primer lugar, la Constitución colombiana y luego los tratados internacionales que Colombia ha ratificado. Respecto a los tratados internacionales, es importante señalar que todos los tribunales internacionales exigen que los casos que se les presentan no los esté considerando en forma simultánea otro tribunal; por ese motivo es importante que Marta elija a qué tribunal quiere recurrir en primer término.

La Convención Interamericana debería ser la primera opción, por varias razones.⁶³ Según Heyns y Viljoen, las ONG colombianas en general consideran que resulta más fácil acceder a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.⁶⁴ Sus procedimientos para las quejas individuales son más simples que los de los organismos de la ONU encargados de monitorear el cumplimiento de los tratados, y se la percibe como más receptiva a la información que aportan sobre todo las ONG.⁶⁵ La Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha alcanzado una gran visibilidad en Colombia, por haber monitoreado la situación de derechos humanos en el país durante los últimos veinte años.⁶⁶ Las visitas periódicas que la Comisión ha realizado al país le han dado una credibilidad y eficiencia mayor de la que gozan sus contrapartes internacionales.⁶⁷ Además, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ya ha demostrado que puede fallar a favor de las víctimas, confrontar al gobierno de Colombia en temas controvertidos, negociar acuerdos amistosos y presentar casos ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Es importante que las ONG, los grupos comunitarios de base y los organismos profesionales interesados en el caso de Marta se unan en una alianza por el cambio. La sociedad civil tiene un papel invalorable que cumplir en la creación de conciencia acerca de los derechos humanos y su defensa. Las ONG, en especial, pueden ayudar de manera más directa a presentar el caso ante un tribunal nacional y/o internacional, y lograr un alivio a la situación.⁶⁸ Las ONG suelen tener ventaja por su pericia relativa a la interpretación del contenido normativo de los derechos humanos internacionales.⁶⁹ Esa pericia resulta indispensable tanto en espacios legales como

políticos, dado que los derechos socioeconómicos son todavía algo novedoso y la jurisprudencia acerca de ellos es por lo tanto muy escasa. Las ONG tienen también experiencia comprobada en cuanto a recolectar y cotejar informaciones que resultan vitales para demostrar ante un tribunal la falta de cumplimiento de sus obligaciones socioeconómicas por parte de los Estados. Ellas pueden aportar a los organismos encargados de monitorear el cumplimiento de los tratados informes sombra o paralelos acerca del progreso alcanzado por los Estados en el cumplimiento de sus obligaciones socioeconómicas o la ausencia del mismo –y con frecuencia lo hacen.⁷⁰

Además, Marta y otras mujeres en su misma posición no deberían depender exclusivamente de la existencia de disposiciones legales favorables o de la diligencia de las/os abogadas/os para moverse en terrenos legales difíciles y presentar argumentos convincentes a los tribunales. Crear conciencia acerca de los derechos humanos es tan importante como garantizar una victoria en los tribunales. También debe haber movilización, gestión y defensa en la sociedad, por fuera de los tribunales, con el objeto de empoderar a la sociedad civil y persuadir a quienes diseñan las políticas públicas. Nuevamente, las ONG tienen una capacidad probada para implementar estrategias que no solo apunten a crear conciencia acerca de los derechos humanos sino también a persuadir a los gobiernos para que cambien sus posturas.

No cabe duda de que los gobiernos ocupan una posición monopólica cuando se trata de implementar leyes y medidas que tienen impacto sobre los derechos humanos. Las ONG pueden actuar como puente entre los gobiernos y los grupos afectados.⁷¹ Pueden servir como alternativa al abordaje tradicional que privilegia la confrontación para resolver los problemas. Negociando con el gobierno, las ONG pueden lograr influir sobre las políticas que tienen impacto en el caso de Marta y, como objetivo último, reformar las leyes. La clase de estrategias que adopten las ONG y otras organizaciones de la sociedad civil serán tan importantes como la legitimidad del caso de Marta para determinar si los esfuerzos tendrán éxito o no. Shepard ha señalado que en el campo de la salud reproductiva, por ejemplo, utilizar infor-

mación de salud pública y argumentos relacionados con la equidad podría resultar más convincente para quienes diseñan las políticas que una perspectiva “dura” de derechos humanos.⁷² En última instancia, lo adecuado será luchar por este caso en múltiples planos, buscando no solo el apoyo de los grupos que defienden los derechos de las mujeres sino también de aquéllos interesados en luchar por las niñas y los niños, la salud, los derechos laborales y las personas pobres en general.

Casos individuales y políticas sociales

Los casos individuales como el de Marta y su criatura pueden llevar a cambios en la medida en que reflejen las vidas y las condiciones de otras, cuyas circunstancias están determinadas por la desigualdad estructural. Las circunstancias que viven Marta y su criatura muestran la vulnerabilidad de las mujeres, las niñas y los niños en un ambiente de violencia e inestabilidad política, empobrecimiento económico y disparidades extremas de riqueza. El sistema político tradicional colombiano ha concentrado el privilegio y el poder en manos de una reducida elite económica.⁷³ La respuesta para Marta y su criatura no consiste solo en atender la violación de los derechos humanos de una persona concreta, sino también en hacer campaña por la justicia social y la implementación de las normas internacionales de derechos humanos. Cuando, en la práctica, la jurisdicción nacional no reconoce ni respeta los derechos humanos de Marta y su criatura, lo que se requiere no es solo una acción legal centrada en el caso concreto sino también una acción política colectiva para cambiar el *statu quo*. En el proceso se pueden ir generando alianzas que traspasen los límites políticos y profesionales, para crear una coalición por el cambio que comience por difundir los derechos humanos en cuestión, educar a las mujeres y a la población en general, y luego se dedique a presionar al Estado y sus organismos para que reconozcan que el cambio no es solo imperativo sino también deseable.

Un producto involuntario de la reivindicación de los derechos de Marta y su criatura puede ser que a las mujeres, las niñas y los niños se las/os trate en forma excepcional, en oposición a otros grupos

vulnerables tales como las personas con discapacidades, las personas mayores, las que no tienen hogar, las/os refugiadas/os, campesinas/os sin tierra, los grupos de bajos ingresos, y otras/os. Por eso es importante hacer del caso de Marta uno que pueda generalizarse a otros grupos vulnerables y que no se aplique exclusivamente a las mujeres o a las niñas y los niños. Este enfoque puede llevar a crear políticas en torno a condiciones básicas de trabajo respetuosas de la dignidad humana de todas las trabajadoras y trabajadores, o disposiciones relativas a la seguridad social que incluyan a todas las personas que no pueden costearse esos servicios.

Obstáculos culturales y sociales

Los impedimentos culturales, sociales y de género son considerables en este caso. Marta está viviendo en una sociedad con arraigadas tradiciones patriarcales, debido a las cuales las mujeres juegan un rol subordinado. En ese ambiente, por lo general las mujeres tienen menos formación y menos información acerca de sus derechos, en comparación con los hombres.⁷⁴ Son extremadamente vulnerables a la pobreza. La situación se agrava cuando la estructura de bienestar social del país está empobrecida o directamente no existe. El sometimiento, la ignorancia y la pobreza debilitan la capacidad de las mujeres para afirmar sus derechos.⁷⁵

El caso de Marta se complica por el hecho de que ella está trabajando en circunstancias muy opresivas. Sus condiciones de trabajo son injustas, pero ella necesita el reducido ingreso que su trabajo le aporta y la vivienda que viene incluida en el contrato. Encarar acciones legales contra su empleador equivale, en el largo plazo, casi a la segura pérdida del empleo para Marta; pero, por otro lado, esperar que ella siga trabajando bajo las circunstancias actuales resulta intolerable. Por su cuenta, le va a resultar difícil si no imposible resolver su situación. Pero si organizaciones de derechos humanos, organizaciones de la sociedad civil u otras organizaciones profesionales apoyan su causa, entonces cabe la posibilidad de que sus derechos sean reivindicados, y también es probable que en el proceso ella se empodere. Para garantizar ese empoderamiento, resulta importante

que toda asistencia que se brinde a Marta cuente con ella como participante activa y no como mera receptora pasiva de la benevolencia. Las mismas consideraciones se aplican cuando se piensa en actuar contra el Estado a causa de la violación de sus obligaciones socioeconómicas.

Los recursos económicos de las mujeres

La condición económica de Marta resulta fundamental para la capacidad que ella tiene de satisfacer sus necesidades. Marta ha soportado condiciones de trabajo injustas debido a la pobreza y la falta de alternativas. Si ella hubiera tenido acceso a otra clase de trabajo o a beneficios de seguridad social adecuados, habría podido renunciar a ese empleo que le exige que trabaje muchísimas horas durante seis días a la semana, deje de amamantar, renuncie a su libertad sexual y padezca enfermedades sin tener la oportunidad de acceder a servicios de atención a la salud. Encarar acciones legales contra el empleador implica correr el riesgo de perder su único ingreso y su vivienda. Inclusive si ella estuviera dispuesta a poner en riesgo su empleo, la acción legal implica costos que ella no podrá afrontar.

Lo mismo se aplica a encarar acciones legales contra el Estado por no haber cumplido con sus obligaciones socioeconómicas. Como lega, ella necesitará contratar los servicios de una/un abogada/o. Pero, si existieran organizaciones de derechos humanos u ONG que estén dispuestas a asumir la carga de los costos sin esperar que se los reembolsen, entonces el litigio es una opción realista, además de las campañas destinadas a crear conciencia social y el cabildeo con quienes diseñan las políticas públicas.

Indicadores

Las violaciones de derechos laborales convencionales que han tenido lugar en este caso —las largas jornadas de trabajo, la semana de seis días y la falta de licencias por enfermedad y vacaciones anuales, la prohibición de amamantar y el acoso sexual— se pueden medir con indicadores que las comparen con las condiciones de trabajo básicas establecidas por

las leyes laborales del país o en Recomendaciones o Convenios de la OIT.⁷⁶

El Comité DESC por lo general se ha manifestado acerca de la naturaleza de las obligaciones estatales con respecto a las obligaciones socioeconómicas, incluyendo el significado de la realización progresiva y el concepto de obligaciones mínimas centrales. La Observación General 3 resulta particularmente relevante en este sentido y se la puede aplicar al caso de Marta en lo relativo a los derechos socioeconómicos que tienen que ver con el agua, la salud y la seguridad social.⁷⁷ Los Principios de Limburgo⁷⁸ y las Directrices de Maastricht,⁷⁹ propuestos por grupos de expertas/os y juristas, también aportan indicadores para medir el respeto a los derechos socioeconómicos.

El Comité DESC también ha prestado atención al contenido de cada uno de los derechos socioeconómicos. Por lo general, el derecho a la salud ha sido objeto de mucha atención en términos de desarrollo de indicadores, muchos de los cuales se pueden aplicar al caso de Marta. La Observación General 14 del Comité DESC, sobre el derecho a la salud, por ejemplo, ha echado luz sobre las obligaciones del Estado.⁸⁰ Los servicios de atención a la salud deben pasar la prueba de la “disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”.⁸¹ Disponibilidad significa que debe haber un número adecuado de instalaciones para la atención en salud.⁸² La accesibilidad debe darse en el plano físico, económico e informativo.⁸³ Aceptabilidad significa que los servicios que se ofrezcan deben resultar ética y culturalmente aceptables.⁸⁴ Calidad significa que los servicios deben ser apropiados desde el punto de vista médico, y de buena calidad.⁸⁵

La Recomendación General 24 de la CEDAW también propone indicadores sobre salud. Los indicadores que ofrece la Observación General 24 son los siguientes:

- Ejecutar una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida.

- Asignar suficientes recursos presupuestarios, humanos y administrativos para garantizar que se destine a la salud de la mujer una parte del presupuesto total de salud comparable con la de la salud del hombre.

- Situar una perspectiva de género en el centro de todas las políticas y los programas que afecten la salud de la mujer.

- Garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud.

- Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual.

- Supervisar la prestación de servicios de salud a la mujer por las organizaciones públicas, no gubernamentales y privadas para garantizar la igualdad del acceso y la calidad de la atención.

- Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa.

También se pueden encontrar indicadores referidos al derecho a la salud en otros documentos internacionales tales como la Declaración de Alma-Ata,⁸⁶ el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo,⁸⁷ y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.⁸⁸

Diálogos entre diferentes esferas de acción

El caso de Marta exige una alianza entre las áreas de la salud pública y de los derechos humanos de las mujeres. Estas dos áreas deberían ser concebidas como complementarias y no como antagonicas, dado que ambas adoptan abordajes integrales. La salud pública implica ver la salud en términos que van más allá de la mera prestación de servicios de salud a una persona, de modo que se tengan en cuenta otros factores que ejercen impacto sobre la salud, como las disparidades entre grupos poblacionales,

el agua potable, los servicios sanitarios y el empleo. En el mismo sentido, un abordaje integral desde los derechos humanos busca ocuparse de los derechos de las mujeres, no solo en sus aspectos civiles y políticos sino también en lo relativo a sus derechos socioeconómicos. Además, instrumentos como la Convención de la Mujer han subrayado la necesidad de concebir a las mujeres como grupo poblacional, para así poder encontrar soluciones estructurales a las desventajas en que se encuentran en cuanto a la salud y en otras áreas.

El enfoque de derechos humanos de las mujeres ofrece un camino tangible para que el Estado rinda cuentas en cuanto a sus obligaciones en materia de salud pública para con un grupo que históricamente ha estado en desventaja. El silencio y la indiferencia frente a la salud de las mujeres son de larga data. En buena medida, esa situación continúa igual, como queda demostrado, por ejemplo, en la mayor vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH/SIDA.⁸⁹ Por esto, el abordaje de la salud pública desde una perspectiva de derechos humanos debe tomar en cuenta que a menos que exista un abordaje de género en las intervenciones en salud pública, poco podrá lograrse en cuanto a garantizar una igualdad sustantiva para las mujeres. ■

Notas

1. J. Mann, "Art. 1: Dignity and Health: The UDHR's revolutionary's first article", *Health and Human Rights* 3, N° 2, 1998, p. 31. La dignidad humana es uno de los pilares del nuevo orden legal colombiano, de acuerdo a la Constitución de 1991. C. Heyns y F. Viljoen, *The Impact of the United Nations Human Rights Treaties on the Domestic Level*. La Haya: Kluwer International, 2002, p. 163.
2. Adoptado y abierto para la firma, ratificación y adhesión por Resolución 2200A (XXI) de la Asamblea General, 16 de diciembre de 1996. Colombia ratificó el PIDCP el 29 de octubre de 1969.
3. A nivel regional, los arts. V y VI de la Declaración Americana y el art. 11 de la Convención Interamericana ofrecen garantías similares a las del art. 23.1 del PIDCP.
4. Ver Nota 2.
5. Comité DESC, *Cuestiones Sustantivas Levantadas en la Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Observación general 5, párrafo 3, el Derecho al Agua (arts. 11 y 12 del PIDESC), 2002.
6. *Ibid.*, par. 3 y 6.
7. Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por Resolución 34/180 de la Asamblea General, 18 de diciembre de 1979. Colombia ratificó la Convención de la Mujer el 19 de enero de 1982.
8. *Ibid.*, art. 3.
9. *Ibid.*, art. 11.
10. *Ibid.*, art. 12.
11. *Ibid.*, art. 2.
12. *Ibid.*, preámbulo
13. *Ibid.*, art. 3
14. Para los fines de la Convención de la Mujer, la definición de "discriminación contra la mujer" incluida en el art. 1 no abarca el acoso sexual. Esta definición limitada de la discriminación constituye una laguna legal en la Convención de la Mujer.
15. Art. XI de la Declaración Americana de Deberes y Derechos del Hombre. Res. XXX de la OEA, adoptada por la Novena Conferencia Internacional de Estados Americanos, Bogotá, 1948.
16. *Ibid.*, art. XIV.
17. *Ibid.*, art. XVI
18. Art. 6 del Protocolo Opcional a la Convención Interamericana de Derechos Humanos en el Área de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Firmado en San Salvador, El Salvador, el 17 de noviembre de 1988, durante la XVIII Sesión Regular de la Asamblea General de la OEA. Colombia ratificó, aceptó y adhirió al Protocolo de San Salvador el 22 de octubre de 1997.
19. *Ibid.*, art. 7.
20. *Ibid.*, art. 9.
21. *Ibid.*, art. 10
22. *Ibid.*, art. 11
23. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por Resolución 44/25 de la Asamblea General, el 20 de noviembre de 1989. Colombia ratificó la Convención del Niño el 28 de enero de 1991.
24. *Ibid.*, art. 24.
25. *Ibid.*, art. 25.
26. *Ibid.*, art. 27.
27. L. Fuller, "The Forms and Limits of Adjudication", *Harvard Law Review* 92, N° 2, 1978, pp. 353-409.
28. Heyns y Viljoen, *op. cit.*, p. 172.
29. Arts. 11-41 de la Constitución de Colombia (1991); Heyns y Viljoen, *op. cit.*, p. 171.
30. Arts. 42-47 y 78-82 de la Constitución de Colombia.
31. Heyns y Viljoen, *op. cit.*, p. 165.
32. *Ibid.*, p. 167.
33. *Ibid.*
34. *Ibid.*
35. Art. 282 de la Constitución de Colombia.
36. J. Hatchard, "A New Breed of Institution: The development of human rights commission in Commonwealth Africa with reference to the Ugandan Human Rights Commission", en *Comparative and International Law Journal of Southern Africa* 32, N° 1, 1999, pp. 28-53.
37. Adoptado y abierto para la firma, ratificación y adhesión por Resolución General 2200A (XXI), del 16 de diciembre de 1966.
38. Colombia ratificó el Protocolo Opcional al PIDCP el 29 de octubre de 1969.
39. Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas (1996). *Observación General 6, art. 6 (Derecho a la vida)*, HRC/Gen 1/Rev.2, 29 de marzo de 1966. Especialmente el párrafo 5.
40. Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas (2000). *Observación General 28, art. 3 (Igualdad de derechos entre hombres y mujeres)*. Doc. N° CCPR/C/32/ Rev. 1/Add. 10.
41. Protocolo Opcional a la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Adoptado por Resolución A/54/4 de la Asamblea General, el 6 de octubre

de 1999, y abierto a la firma el 10 de diciembre de 1999. Colombia ha firmado este Protocolo (el 10 de diciembre de 1999), pero no lo ha ratificado. El Protocolo Opcional al PIDESC está pendiente. Se ha sugerido la posibilidad de redactar un Protocolo Opcional para la Convención del Niño

42. Convención Interamericana de Derechos Humanos. Firmada en San José, Costa Rica, el 22 de noviembre de 1969. Colombia ratificó la Convención Interamericana el 31 de agosto de 1973 y reconoció la competencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos para analizar peticiones individuales el 21 de junio de 1985.

43. Esto queda sujeto a haber agotado los remedios en el plano nacional y presentado la petición dentro de los seis meses posteriores a la fecha del último veredicto de un tribunal doméstico. Además, el tema de la petición no debe estar pendiente de resolución por parte de otro tribunal internacional. En efecto, esto significa que Marta primero debe buscar soluciones de acuerdo a lo estipulado por la Constitución de Colombia y solo después de haberlo hecho sin éxito está facultada para recurrir a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. También significa que Marta no puede presentar el mismo caso ante dos tribunales internacionales al mismo tiempo.

44. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1990). *Observación General 3*, UN ESCR, Doc. N° E/1991/23, para. 1.

45. *Ibíd.*, para. 2.

46. *Ibíd.*, para. 2.

47. *Ibíd.*, para. 5.

48. *Ibíd.*, para. 10.

49. *Ibíd.*, para. 12.

50. Desde fines de los años 70, la Corte Suprema de la India ha estado interpre-

tando los derechos civiles y políticos, como el derecho a la vida, de modo que incluyan los derechos socioeconómicos, tales como el derecho a la salud o el derecho a la vivienda, que el Estado debe satisfacer de acuerdo a los principios rectores de la Constitución de la India. Esos principios rectores se están utilizando para aliviar la pobreza de los sectores más vulnerables de la sociedad india. Ver A. Gabriel, "Socio-Economic Rights in the Bill of Rights: Comparative lessons from India" en *Human Rights and Constitutional Law Journal of Southern Africa* 1, N° 6, 1997, pp. 8-13. Por ejemplo, los Principios Rectores de la Política Estatal, en la Sección IV de la Constitución de la India, exigen que el Estado indio proteja la salud y la fortaleza del pueblo y brinde asistencia pública en casos de vejez, enfermedad y discapacidad. En *Bandhua Mukti Morcha v/ Union of India* AIR 1984 SC 802, la Corte Suprema de la India sostuvo que el derecho fundamental a la vida y a la libertad consagrado en el art. 21 de la Constitución deriva su sustento de estos principios rectores y que los mismos incluyen en su esfera de incumbencia el derecho a una vida humana digna, para la cual existen requisitos mínimos, tales como la buena salud. Ver A. Hingorani, "Health as Human Rights - Role of Court in its Realisation", en Nayak, R.K. *et al.*, eds., *Global Health Law*. Nueva Delhi: World Health Organization, 1998, pp. 119-122.

51. Según el art. 19.6 del Protocolo de San Salvador, las peticiones individuales contra el Estado solamente son permitidas en relación a los artículos 8.a (derecho a organizar un sindicato o afiliarse a un sindicato) y 13 (derecho a la educación).

52. Heyns y Viljoen, *op. cit.*, p. 171.

53. Organización Internacional del Trabajo, *Convenio C183, Protección de la maternidad*, 2000.

54. *Ibíd.*, el art. 4.4 afirma la obligatoriedad de seis semanas de licencia después del parto.

55. *Ibíd.*, el art. 5 garantiza la licencia en caso de enfermedad.

56. *Ibíd.*, el art. 6 garantiza los beneficios, incluyendo la atención médica.

57. *Ibíd.*, el art. 10 garantiza el derecho a una o más pausas por jornada de trabajo o a una reducción de la jornada laboral para amamantar.

58. *Ibíd.*, art. 7.

59. *Ibíd.*, art. 11.

60. *Ibíd.*, art. 14.

61. *Ibíd.*, art. 7.

62. Art. 93 de la Constitución de Colombia.

63. Heyns y Viljoen, *op. cit.*, p. 189.

64. *Ibíd.*, pp.189-190.

65. *Ibíd.*, p. 190

66. *Ibíd.*, pp. 163-164

67. *Ibíd.*, p. 190.

68. A. Yamin, "Protecting and Promoting the Right to Health in Latin America: Selected experiences from the field", en *Health and Human Rights* 5, N° 1, 2000, p. 117.

69. *Ibíd.*, p. 122.

70. *Ibíd.*, p. 123.

71. R. Cook, *et al.*, *Advancing Safe Motherhood Through Human Rights*. Ginebra: World Health Organization, 2001, pp. 68-71.

72. B. Shepard, "The 'Double Discourse' on Sexual and Reproductive Rights in Latin America: The chasm between public policy and private actions", en *Health and Human Rights* 4, N° 2, 2000, p.133.

Notas

73. Heyns y Viljoen, *op. cit.*, p. 163.

74. M.I. Plata, "Reproductive Rights as Human Rights: The Colombian case", en *Human Rights of Women*, R. J. Cook, ed., Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1994, pp. 515-531.

75. *Ibid.*

76. Ver nota 53.

77. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1990, *Observación General 3*, UN ESCR, Doc. N° E/1991/23.

78. Los Principios de Limburgo fueron creados en 1986 por un grupo de destacadas/os expertas/os en Derecho Internacional. En ellos se expresa la naturaleza y el alcance de las violaciones de los derechos económicos, sociales y culturales protegidos por el PIDESC. Ver "Limburg Principles", en *Human Rights Quarterly* 9, N° 1, 1987, pp. 122-135.

79. Las Directrices de Maastricht conforman una declaración escrita por un grupo de destacadas/os expertas/os en Derecho Internacional que, partiendo de los Principios de Limburgo, analizan la naturaleza y el alcance de las violaciones cometidas por los Estados con respecto a las obligaciones que les impone el PIDESC, así como las respuestas y reparaciones apropiadas. Ver "Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights", en *Human Rights Quarterly* 20, N° 3, 1998, pp. 691-704.

80. Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000, *Observación general 14*, UN ESCOR, Doc. E/C.12/2000/4.

81. *Ibid.*, para.12. Obsérvese también que el Comité DESC ha adoptado un enfoque similar al trazar el contenido normativo del derecho al agua. Ver Comité DESC, 2002, *Observación General 15*, para. 12.

82. *Observación General 14*, para. 12(a)*.

83. *Ibid.*, para. 12.b.

84. *Ibid.*, para. 12.c.

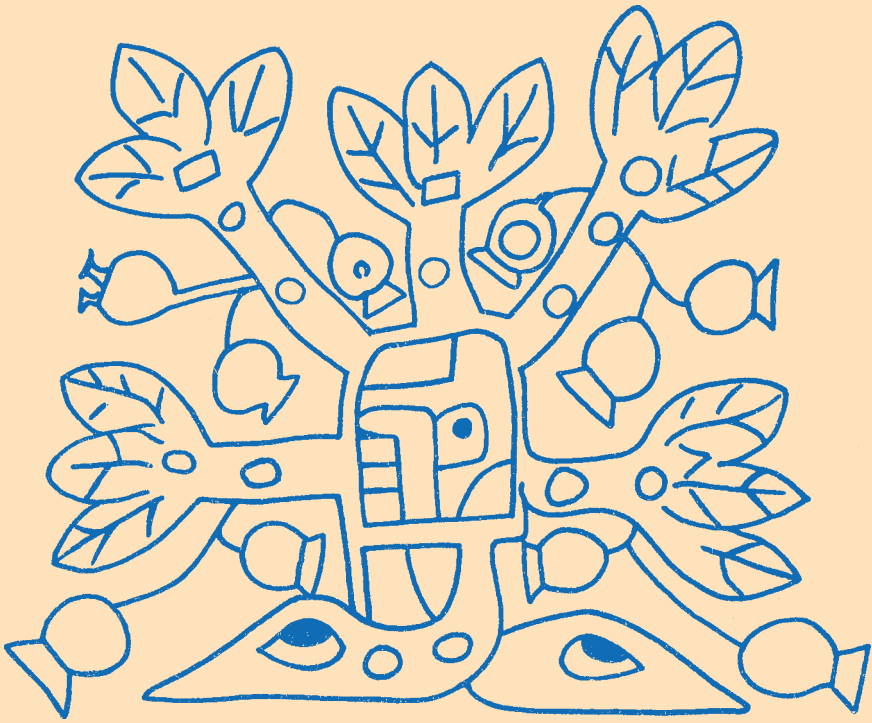
85. *Ibid.*, para. 12.d.

86. Adoptada durante la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setiembre de 1978. La Declaración es importante, entre otras cosas porque articula el deber del Estado de brindar "atención primaria esencial" social y científicamente aceptable, así como universalmente accesible a las personas y comunidades, a un costo que éstas puedan afrontar.

87.. Adoptado en El Cairo, 5-13 de setiembre de 1994. El Programa de Acción tiene una particular relevancia para las mujeres. Exige a los Estados que tomen medidas para garantizar, sobre una base igualitaria, el acceso universal a los servicios de salud, incluyendo los servicios de salud reproductiva. También, *inter alia*, desarrolla cuáles son las acciones precisas que deben encarar los gobiernos, como por ejemplo programas de educación en maternidad segura.

88. Adoptado por la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer, Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz, Beijing, 15 de setiembre de 1995. La Declaración de Beijing es fruto de un consenso internacional que reconoce y afirma el derecho de las mujeres a ejercer control sobre todos los aspectos de su salud, incluyendo su propia fertilidad. Por ejemplo, el párrafo 106 menciona los pasos concretos que deben tomar los gobiernos para incrementar el acceso de las mujeres a la atención sanitaria.

89. D. Whelan, "Human Rights Approaches to an Expanded Response to Address Women's Vulnerability to HIV / AIDS", *Health and Human Rights* 3, N° 1, 1998, pp. 21-36. Ver también UNAIDS, "Gender and HIV / AIDS", 2001. Se puede consultar en línea en http://www.unaids.org/fact_sheets/ungass/index.html.





Análisis de caso # 3

Acceso a la atención de la salud

La historia de Peggy

Peggy, que estaba desempleada y vivía en la calle, llegó al Homeless Health Care (Atención de salud para personas sin hogar, HHC por sus siglas en inglés) con una adicción a la cocaína que le costaba 200 US\$ por día. Peggy era una mujer de alrededor de 25 años, desaliñada y demacrada, que ya había estado antes en el HHC. En el pasado, Peggy se había resistido a recibir ayuda y había fingido estar recuperada mientras continuaba consumiendo cocaína en forma de crack. Su primera consejera en el HHC —una graduada deseosa de ayudar y llena de ilusiones— la derivó a un programa residencial para consumidoras de drogas que, en su opinión, se ajustaba mejor a las necesidades de Peggy. Pero apenas dos semanas más tarde Peggy estaba de nuevo en la calle consumiendo drogas.

Dos años después, finalmente Peggy tocó fondo. Después de pasar un día y medio tendida en la choza de cartón en la que vivía sufriendo una hemorragia, logró arrastrarse hasta un teléfono y llamar al 911. En el hospital, se enteró de que estaba embarazada de seis meses y dio a luz a una bebé extremadamente prematura, adicta al crack y con problemas respiratorios graves.

La familia de Peggy era de Guyana y ella había ido a vivir a los EEUU siendo adolescente. Su madre había muerto y hacía mucho tiempo que Peggy había perdido contacto con su padre alcohólico. Nunca había solicitado la residencia ni la ciudadanía estadounidense, y durante muchos años había trabajado como mucama, recibiendo sus salarios de manera informal. Durante esos años, pese a contar con un ingreso regular, Peggy nunca había tenido seguro médico y como enviaba dinero a su país natal para ayudar a sus hermanas y hermanos menores, nunca pudo ahorrar.

La trabajadora social de HHC no tenía claro cuándo y por qué Peggy había perdido su empleo, cuándo comenzó su adicción a las drogas, ni tampoco cuánto tiempo llevaba viviendo en la calle. Cinco años atrás, Peggy había estado cobrando el subsidio de bienestar social, pero su problema con las drogas le impidió conservar un empleo estable y entonces perdió su derecho a los beneficios. Además, otras personas en la calle le habían dicho que las inmigrantes ya no tenían derecho al subsidio y que si las autoridades descubrían que una drogadicta estaba embarazada, podían llevarla a la cárcel para proteger a la criatura. Por esa razón incluso dejó de ir a la oficina de Bienestar Social.

Una trabajadora social del hospital donde Peggy dio a luz la derivó de nuevo a Homeless Health Care. Su nueva trabajadora social era una mujer originaria de Guyana, que alguna vez también había vivido en la calle. Convencida de que en el camino hacia la recuperación a veces son necesarias segundas, terceras o cuartas oportunidades, la nueva trabajadora social aceptó nuevamente a Peggy en el programa. Comenzaron a trabajar juntas para atender las necesidades médicas, psicológicas y de supervivencia de Peggy, y para establecer metas que la ayudaran a reconstruir su vida y así poder ayudar a su hija, que todavía se enfrentaba a serios problemas físicos. La trabajadora social temía que una vez que la hija fuera dada de alta Peggy volviera al mismo ambiente donde había vivido antes, dado que carecía de una red de apoyo en el país.

Fuentes: Basado en historias personales recopiladas en *Mending the Rift: Success Stories from a Decade of Health Care for the Homeless Council* (Nashville: NHCHC, junio de 1997).

El acceso a la atención de la salud: una perspectiva desde la salud pública

Juan Guillermo Figueroa-Perea

El autor es profesor e investigador en El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales. Es filósofo y matemático, y tiene veinticinco años de experiencia en el trabajo relacionado con la conducta reproductiva y la salud, centrado en la ética y los derechos humanos.

Definición de los temas

El caso que aquí se analiza presenta dos problemas desde el punto de vista de la salud pública: el problema de la adicción a la droga y un problema de salud reproductiva. Con respecto al segundo, está el de una niña nacida con problemas de salud (problemas respiratorios severos) causados por un desarrollo incompleto debido al parto prematuro, pero también por haber nacido con adicción a la cocaína en forma de “crack”. También está el asunto del acceso a los servicios de salud, que impera sobre el anterior, porque la madre de la niña carece de acceso al seguro médico o a la asistencia social, que podría permitirles tanto a ella como a su hija recibir la clase de atención que necesitan.

Actores/instituciones

En un sistema de atención a la salud y servicios sociales como el que existe en EEUU, parecería haber instituciones relevantes que pueden ocuparse de estos problemas. Hay un sistema de beneficios para las personas que no tienen seguro de salud o que no pueden pagar los servicios médicos. Pero —como queda implicado en el caso que aquí se describe— existen ciertas reglas que deben cumplir personas como Peggy para poder seguir recibiendo atención a la salud u otros servicios. En esencia, lo que tienen que hacer es cooperar con el sistema.

También deberíamos mirar más allá de las instituciones individuales para evaluar las responsabilidades. La sociedad como un todo es de algún modo responsable por las condiciones de vida de sus ciudadanas y ciudadanos, especialmente de quienes viven en la pobreza, en la calle y sin un trabajo que garantice su independencia financiera o ser capaces de cubrir las necesidades básicas para la vida, incluyendo los

servicios de salud. Esa responsabilidad social surge de los principios de solidaridad que afirman que en una determinada sociedad, cada persona debe gozar de mínimas condiciones de vida que le permitan satisfacer sus necesidades básicas (Trejo y Jones, 1993; Canto Choc y Manero, 1994; Aguilar, 1996; De la Garza, 1996).¹ Según Trejo y Jones (1993), las políticas que apuntan a potenciar las capacidades básicas tienen como meta equiparar las circunstancias y oportunidades básicas para cada persona, de tal manera que las desigualdades no puedan ser producto de una circunstancia azarosa o de una situación histórica de injusticia (como por ejemplo la desigualdad de oportunidades basada en la herencia). En consecuencia, esas políticas buscan compensar ciertas desigualdades producto de las relaciones sociales. Las capacidades básicas se definen de acuerdo a las funciones básicas que, como mínimo, toda persona debería tener satisfechas para poder participar en diferentes esferas sociales: alimentación, salud, educación y vivienda, entre las que gozan de reconocimiento más general, y —me gustaría agregar— participación en el mercado laboral.

Por otro lado, algunos países han optado por crear centros especializados para tratar las adicciones y al mismo tiempo ofrecer programas de prevención.² La negociación de normas legales es otro componente posible (Tenorio Tagle, 1991; Ruiz Massieu, 1994; de Greiff y de Greiff, 2000).³

Naturaleza de la intervención/respuesta

Existe una variedad de perspectivas desde las cuales pensar una respuesta a los problemas que se presentan en este caso.

Perspectiva sociológica

Para definir una estrategia que brinde apoyo a la madre en este caso, es necesario contextualizar el

problema de la adicción a las drogas, que tiene una connotación especial en el caso de los EEUU debido a la enorme demanda colectiva (y por ende, la oferta) de esas sustancias ilegales (González, 1989; Reuter, 1998). Por esta razón, me gustaría poner énfasis en la responsabilidad social que debería ser resuelta: los mensajes contradictorios, subliminales, de los medios que promueven la conducta conservadora como vía hacia el éxito, a la vez que celebran las conductas de riesgo que la sociedad luego sanciona. Las características epidemiológicas de una población (incluyendo las adicciones) no son independientes del proceso demográfico por el que ésta atraviesa, ni de su desarrollo social y económico. Además, los estilos de vida y la estructura política/moral de una sociedad —su capacidad para promover el pluralismo, la tolerancia y la democracia— no son independientes de los problemas de salud y los patrones de moralidad que caracterizan a una población, ni de las estrategias sociales diseñadas para combatirlos (Leal, 1992). Por lo tanto, el problema de las adicciones no se puede analizar simplemente como una cuestión de conductas individuales.

Perspectiva filosófica

Es cierto que Peggy puede haber dejado de utilizar los servicios de salud y con ello haber puesto en peligro o perdido el derecho a continuar recibiendo una serie de beneficios; sin embargo, es muy distinto analizar este fracaso en términos de las circunstancias extenuantes en las que vive o verlo como una causa agravante del resultado final. Si una persona está en condiciones razonables para tomar decisiones, porque puede manejar sus limitaciones internas y externas (Sánchez Vázquez, 1982), y de todos modos deja de utilizar los servicios de salud, eso hará que sus circunstancias se agraven. Pero esto no se aplica tanto en el caso de quienes viven en situaciones de pobreza, aislamiento o discriminación vinculada a su condición migratoria y/o pertenencia étnica, porque sus decisiones y sus acciones se ven afectadas por las extenuantes circunstancias en las que viven.

No intento minimizar la capacidad de nadie para tomar decisiones, sino reconocer —como nos lo ha enseñado el trabajo sobre el consentimiento informado— que las así llamadas “decisiones” cobran matices especiales en el caso de las personas que no

son completamente autónomas y que requieren de alguna forma de consejería que las acompañe en lo que Paulo Freire llama su “práctica de la libertad” (1971).⁴ Cuando Freire habla de la “práctica de la libertad”, da por sentado que las personas nacen heterónimas, es decir expuestas a normas definidas por otras personas que deben obedecer, seguir y repetir, aun cuando no estén convencidas de la validez de su contenido, por temor a ser amonestadas o sancionadas por las autoridades.

Sin embargo, porque somos individuos con capacidad de tomar conciencia de la realidad, crear historia y transformar nuestra existencia cotidiana “adaptando” las normas que definen nuestra conducta, podemos volvernos más autónomos/as en la medida que interactuamos con esas normas de una u otra manera —ya sea asimilándolas (y, por ende, reproduciéndolas), resistiéndonos a ellas o intentando transformarlas. En cualquiera de esas tres alternativas, la autonomía está presente cuando reconocemos que contamos con la suficiente autoridad moral como para enfrentar la realidad y asumir responsabilidades. No obstante, reconocer esta práctica de la libertad implica admitir que en ciertas condiciones, como en el caso de Peggy, las personas carecen de autonomía, así como también que la sociedad comparte la responsabilidad de su fracaso personal, ya que no le ha brindado las condiciones habilitantes necesarias.

Perspectiva de salud pública

Desde una perspectiva de salud pública, este caso requiere de una estrategia que sea sensible a la condición de salud mental de la madre (ver Romero *et al.*, 1997). En primer lugar, esa estrategia podría intentar establecer garantías de acceso a servicios de salud para Peggy, la joven madre, sin limitarse a esta dimensión solamente. Las políticas paternalistas, de limosnas, deberían evitarse —aunque en este caso no son muy probables, dado el Estado en cuestión (ver Ettore, 1992; Harrison, 1993). En un nivel profundo, Peggy puede percibir que estos servicios no tienen costo alguno, no solo en sentido financiero sino también en sentido simbólico. Tal vez esta sea la razón por la cual ella deja de utilizar los servicios con toda facilidad una vez que se siente presionada internamente por su adicción a las drogas.

En segundo lugar, presionar a Peggy para que se trate en los servicios de salud es distinto a incorporarla a una estrategia sistemática, que la tenga en cuenta como usuaria, para combatir su adicción y al mismo tiempo motivarla para que adquiera destrezas laborales que la ayudarán a desarrollar una sensación de independencia y autonomía. Mediante este último proceso, ella podrá comenzar a sentir confianza en sí misma y empezará a darse cuenta de que el acceso a los servicios de salud es resultado de su capacidad de ganar dinero y conservar un trabajo. Un proceso de esta clase también ayudará a evitar cualquier forma de paternalismo.

La perspectiva “simbólica”

Además de los otros factores mencionados, es importante reforzar y apoyar la conducta de Peggy con respecto a la responsabilidad que ella asumió frente a sus hermanas y hermanos menores, ayudando en su manutención aun cuando ella no podía costear sus propias necesidades médicas. Por este motivo, ella debería recibir apoyo para cuidar a su hija, así como capacitación en maternidad, para aprender a guiar a la niña en su proceso de crecimiento.

Casos individuales y políticas sociales

Una práctica clínica que incluya temas de salud mental y justicia social como parte de una visión integral de la promoción de la salud, podría facilitar la promulgación de leyes y políticas públicas para apoyar a las mujeres que viven situaciones similares a la que se describe en este caso. Un conjunto fundamental de esas políticas sociales lo forman las redistributivas, que incluyen las llamadas “políticas de acción afirmativa”, que brindan un apoyo especial a las personas que no cuentan con un nivel mínimo de bienestar y a quienes por lo tanto les resulta difícil desarrollarse como personas con un mínimo de igualdad de oportunidades frente a los otros actores sociales (Cahn, 1995; De la Garza, 1996; Aguilar, 1996).

Las políticas redistributivas y específicas de acción afirmativa pueden ayudar a combatir la pobreza siempre que se las dirija hacia a esa meta. Esas acciones redistributivas pueden tener como base el revertir las desigualdades estructurales y por lo tanto resultará

más complejo luchar por llevarlas a la práctica. Pero también pueden cobrar dimensiones individuales, familiares, vecinales e individuales que varían de acuerdo a los contextos específicos. Un ejemplo podría ser el simple hecho de conferir la condición de residente en los EEUU sobre la base del trabajo realizado en ese país o de la familia con la cual una/o ha migrado, lo que hace que resulte más fácil acceder a ciertos servicios.

Sin embargo, existen también prácticas clínicas basadas en nociones de asistencia caritativa que pueden ayudar a las personas pobres o adictas en cuanto a sus necesidades inmediatas, pero que no necesariamente combaten las causas fundamentales de la pobreza o las adicciones. Por eso resulta difícil imaginar un proceso de intervención que se concentre solo en las mujeres que viven situaciones similares a las de Peggy, si eso implica ignorar el contexto más amplio en el que pueden situarse sus problemas (Avila, 1999).

Si, después de análisis y debates profundos, las causas de la adicción a la droga se perciben como sujetos legítimos para la acción social colectiva y se está de acuerdo en que hacen que las personas pobres — y en particular las mujeres — se encuentren en posiciones mucho más vulnerables, entonces de ello se desprende que las intervenciones no podrán ser efectivas si se ocupan solo de un fragmento del problema o adoptan una lógica reduccionista. Por esa razón, deberían encararse investigaciones sobre los contextos en los que tienen lugar los problemas de adicción, a la vez que se implementan servicios prácticos de salud y se apoya el empoderamiento de las mujeres.

Además, los intentos por alcanzar soluciones colectivas para situaciones como la de Peggy pueden entrar en conflicto con las visiones o intereses de otros grupos poblacionales. Esto se debe al carácter limitado de los recursos colectivos y por ende es una cuestión de justicia que tiene que ver con la asignación de recursos entre los diferentes grupos (Gracia, 1990). Si la población en general no valora los derechos de las/os migrantes, las mujeres y las/os pobres, será difícil lograr la aceptación colectiva de políticas proactivas que puedan apoyarlas/os en nombre de la justicia.

Algunos enfoques de salud pública teñidos de visiones moralistas acerca de la realidad sostienen que si los problemas de salud son producto de conductas “inmorales”, el gobierno no tiene por qué responder formalmente a los mismos. Son las personas que tienen el problema las que deberían resolverlo, ya que se trata de un asunto de responsabilidad individual.⁵ Así ha sucedido en algunos países que han rechazado la posibilidad de asignar recursos para asistir a personas que viven con VIH/SIDA, porque consideran que se merecen la enfermedad dado el carácter “inmoral” de sus prácticas sexuales. Algo muy similar sucede con las personas adictas a las drogas. Prevalece la idea de que las consecuencias negativas de la adicción son responsabilidad de quienes se dedican a actividades cuya moral resulta dudosa. Sin intentar de ninguna manera ignorar la dimensión de la responsabilidad individual, debería reconocerse también que esa clase de actitudes ignora la responsabilidad que también le cabe a la sociedad por esa clase de conductas.

Obstáculos culturales/sociales

La percepción que existe en cualquier sociedad acerca de la enfermedad y otros problemas de salud no está exenta de influencias culturales, religiosas y de género. No cabe duda de que en estas dimensiones puede haber algunos obstáculos para abordar problemas como los que se describen en el caso analizado. Si está muy difundida la creencia cultural acerca de que personas de un determinado origen étnico o grupo social son más proclives a acciones destructivas tales como la adicción a las drogas, es probable que las personas con problemas de adicción no reciban ningún apoyo especial de la sociedad o del Estado. Además, si hay una tendencia a culpar a la persona por sus acciones, podemos esperar que se acepten las consecuencias negativas o que se infiera la necesidad de aplicar un castigo para que ella/él “expíe su culpa” o “aprenda gracias al dolor”, en lugar de ofrecer recursos para impedir que ocurran estas situaciones.

Una estrategia para superar esos obstáculos sería destruir estas interpretaciones moralizantes, basadas en mitos, de problemas que verdaderamente pertenecen al terreno de la salud pública. Esto podría hacerse a

través de acciones redistributivas y afirmativas como las ya mencionadas, que aporten legitimidad a estas situaciones (Avila, 1999). Cuando surgen nuevos actores sociales, debería ser posible revisar y probablemente redefinir los derechos, con el objeto de incluir a todas y a todos, en lugar de asumir que esos actores simplemente deberían adaptarse al régimen de derechos existente, que fue creado antes de que a ellas/os se las/os reconociera como sujetas/os de derechos. La universalidad de los derechos humanos no puede ser un principio sino que debe ser un proceso en la medida que cada grupo o población va contribuyendo a su definición (en particular, quienes históricamente han sido marginadas/os en los acuerdos y dispositivos sociales). Así, los derechos solo pueden ser universales en la medida en que garantizan la diversidad de sujetos políticos presentes en su formulación, en lugar de pretender homogeneizar a las individualidades desde el comienzo, ignorando sus diferencias (Avila, 1999).

Por otro lado, las campañas pueden difundir información acerca de la multiplicidad de causas individuales y sociales que crean problemas de salud como las adicciones. Si se las implementa de manera efectiva, estas acciones demostrarán que las responsabilidades interactúan a diferentes niveles sociales, de familia e individuales. En un trabajo anterior (Figueroa-Perea y Sánchez, 1999), propusimos tres niveles de responsabilidad para responder a los problemas de salud. En el plano de la responsabilidad social, la organización de la vida cotidiana tendría diferentes dimensiones y expectativas, por ejemplo de garantizar el empoderamiento de las personas en sus diferentes capacidades y asegurar ciertos parámetros mínimos de interacción entre las personas. En otras palabras, se evitarían las desigualdades en el acceso a las oportunidades básicas para el desarrollo personal. En el plano institucional, sugerimos deconstruir los procesos de definición normativa e identificar de qué manera el contexto y las necesidades individuales se relacionan con las distintas instituciones. Es decir: ¿asumen esas necesidades y se ocupan de ellas; las toman siquiera en cuenta o las ignoran cuando definen las políticas y los programas sociales? En el tercer plano, el de la familia y la individualidad, propusimos hacer explícita la forma en que las personas aprenden a participar en la construcción de su medioambiente,

incluyendo el tema central de su salud. Mediante el autocuidado, la relación entre el propio cuerpo y el rol que desempeña el cuerpo en la identidad cobra un nuevo significado. En este caso, los hábitos y conductas autodestructivas de Peggy (por ejemplo el consumo excesivo de drogas) tienen raíces sociales (el acceso a diferentes medios de satisfacción social), orígenes institucionales y de base familiar (respuestas a las necesidades y demandas de su persona) y raíces individuales (la cultura del autocuidado así como la personalidad y las decisiones personales).

Los recursos económicos de las mujeres

La dimensión económica es importante en dos sentidos: 1) la dificultad a que se enfrentan las mujeres (y otros grupos) cuando intentan acceder directamente a los servicios, y 2) la falta de recursos para toda clase de grupos en la población. La complejidad de las intervenciones en salud pública se incrementa si las mismas están centradas en los mecanismos por los cuales se brinda acceso a los servicios en base a lo que las personas pueden pagar en lugar de pensar el acceso a los servicios de salud como parte de una política de redistribución que implica la responsabilidad colectiva de ofrecer un apoyo especial a los grupos socialmente marginados. Esta última noción es viable solo si existe un acuerdo social en este tema, lo que va en contra de las ideas sobre el libre mercado y claramente no existe en los EEUU. Dado el contexto estadounidense en el cual se inscribe este caso, hace falta nada menos que una transformación de la idea misma de salud pública para que ésta se convierta en un medio para contrarrestar los problemas sociales de la población en general, a la vez que para reconocer las necesidades de grupos específicos y adoptar un abordaje que elimine la culpa individual y reconozca las responsabilidades sociales.

Indicadores

Se pueden sugerir dos tipos de indicadores para investigar y medir el progreso en situaciones similares a las enunciadas para este caso; por un lado, indicadores de nivel institucional que se refieran a estructuras, procesos y resultados, como lo explica Donabedian

(1984); y, por otro lado, indicadores relativos a la documentación y supervisión de los procesos de empoderamiento, así como al rol de la ciudadanía en diferentes aspectos de las vidas cotidianas de las personas.

El segundo conjunto de indicadores permitirá documentar los accesos reales y simbólicos a ciertos factores básicos que ayudarán a cada individuo/a a ejercer su condición de persona (Correa y Petchesky, 1994), además de analizar los problemas pasados. Es decir: si la salud, la educación, la alimentación y la vivienda se reconocen solo en tanto necesidades básicas (como sucede en muchas concepciones políticas y sociales), existe un elevado riesgo de privilegiar intervenciones paternalistas, basadas en la caridad, que crean dependencia en las usuarias de los programas. Dichas usuarias pueden luego enfrentarse a dificultades para acceder a los servicios de salud, debido a que carecen de información acerca de sus derechos. Puede inclusive crearse una sensación de debilidad en la individuo debido a las condiciones que el Estado impone para el goce de ciertos privilegios o asistencia básica. Un ejemplo interesante se encuentra en los siete estudios realizados por el International Reproductive Rights Research and Action Group (Grupo Internacional de Investigación y Acción en Derechos Reproductivos, IRRRAG por sus siglas en inglés) en contextos sociales heterogéneos: Brasil, México, Egipto, Malasia, Nigeria, Filipinas y Estados Unidos. Analizando la forma en que las mujeres internalizan la noción de derechos, el IRRRAG descubrió que esto no se logra simplemente como producto de un aprendizaje racional sino que más bien las mujeres consiguen verse a sí mismas como titulares de derechos al compartir sus relatos acerca de las situaciones injustas y dolorosas que han vivido. Cuando comparten sus historias con otras que tal vez hayan pasado por experiencias similares o que son sensibles al relato, estas mujeres se sienten acompañadas y luego buscan estrategias para cambiar esa situación, lo que les permite comenzar el proceso de empoderamiento (Petchesky y Judd, 1998).

Si, por otro lado, el fortalecimiento de capacidades que permite a la persona satisfacer sus necesidades a través de la participación directa, se incluye en los programas de salud (ver Van Der Bergh, 1991; Natera

y Mora, 1995), temas como el empleo quedan relacionados de forma más directa con la salud, porque pueden ayudar a una individuo a ejercer algo de poder sobre su vida cotidiana. Esto se puede medir mediante múltiples indicadores como los compilados en el Índice de Desarrollo Humano de Naciones Unidas.

Así, los *indicadores estructurales* pueden apuntar a las necesidades básicas o a las oportunidades como punto de partida para las vidas cotidianas de las personas. En este nivel, es importante contar con indicadores sensibles a los cambios en el tiempo para los factores socialmente identificados que subyacen a las adicciones a las drogas y a otras situaciones sociales que pueden influir sobre las prácticas individuales (Medina Mora, 1994).

En segundo lugar, se necesitan *indicadores de proceso* que contengan componentes explícitos acerca de las intervenciones institucionales para resolver problemas específicos como las adicciones (transmitidas de) madre a hija/o, los partos prematuros y los problemas respiratorios.

En tercer lugar, se necesitan *indicadores de resultado* para monitorear y documentar intervenciones específicas y para evaluar el posible efecto de esas intervenciones sobre la salud física y mental, así como la reintegración tanto de la madre como de la hija a la sociedad (Natera, Mora y Tiburcio, 1998).

En cuarto lugar, bajo la rúbrica de los *indicadores de empoderamiento y ciudadanía*, es viable contemplar indicadores acerca de la situación de las mujeres que podrían medir las condiciones que les permiten actuar como sujetos de derechos (Mahmud y Johnson, 1994; Petchesky y Judd, 1998). Por ejemplo, existen estudios acerca de los componentes de los derechos sexuales y reproductivos que alientan a las personas a ejercer un control sobre sus vidas sexuales y reproductivas, y a tornarse proactivas con respecto a las mismas, negociando el sexo más seguro y previniendo algunas de las consecuencias no deseadas de los encuentros sexuales.⁶

Un ejemplo de esta clase de métodos es la investigación sobre el “empoderamiento de las mujeres” que llevó a cabo la Red de Mujeres en México, que

está interesada en una perspectiva más integral de la salud, que incluya la salud mental y los efectos de la discriminación social sobre la salud, más allá de la mera dimensión biológica (Sayavedra y Flores, 1991). Las autoras de este estudio piensan el “empoderamiento” en términos de un fenómeno similar al proceso de la autonomía, mediante el cual las mujeres son reconocidas como titulares de derechos. Este reconocimiento se ve confirmado a través de las acciones que las mujeres realizan, tanto para exigir sus derechos como para participar en la creación de las condiciones que hagan posible ponerlos en práctica. Por supuesto, la información acerca de las condiciones habilitantes para el empoderamiento se puede documentar mediante abordajes tanto cuantitativos como cualitativos.

Recolección e interpretación de datos

En términos de los objetivos para el análisis de datos en situaciones similares a las del caso analizado, identifico por lo menos dos objetivos inmediatos. Primero: deberíamos intentar impedir que ocurran casos como este; luego, necesitamos prestar atención a la incidencia de estos casos, cuando efectivamente ocurren.

En términos de estadios y procesos para el análisis de datos, el primer ángulo al cual prestar atención tiene que ver con las causas de la discriminación social y los factores que llevan a la adicción a las drogas, así como con el acceso a los recursos que garantizan el embarazo y el parto en las mejores condiciones posibles, evitando riesgos que a menudo son controlables.

En segundo lugar, la respuesta frente a este caso exige garantizar la disponibilidad de servicios de salud integrados que no moralicen los temas, facilitando así el acceso a los mismos de quienes están sufriendo las consecuencias de la adicción, sin por ello dejar de lado la posibilidad de que puedan asumir algún grado de responsabilidad personal.

Una consideración básica para la recolección y el análisis de datos específicos en esta clase de casos, es la documentación del proceso de exclusión social en términos de las experiencias de las personas afectadas

por ella, así como de la asignación y el uso de los recursos institucionales para reducirla. La necesidad de concentrarse en la exclusión no se limita al sector salud sino que también se relaciona con el acceso a la educación y al empleo, así como a otros espacios de oportunidades que pueden ayudar a las personas a ejercer el control de sus vidas cotidianas y a hacerse responsables por ellas.

Otro ángulo podría incluir la investigación acerca de las causas que llevan a las adicciones y su monitoreo en el tiempo, a partir del momento en que comienzan las intervenciones sistemáticas. Identificando las causas de la adicción (a diferentes niveles sociales, institucionales, de la familia e individuales), se pueden evaluar los efectos de las intervenciones específicas que apuntan a cada una de las causas, y también se pueden sacar a la luz las limitaciones de las intervenciones reduccionistas y parciales.

Diálogos entre diferentes esferas de acción⁷

Un abordaje de derechos humanos puede coincidir de manera importante con los abordajes desde la salud pública, porque ambos buscan lograr la armonía entre el bienestar individual y el colectivo. Por el contrario, si se privilegia un enfoque costo-beneficio —por oposición a uno basado en los derechos humanos— es más probable que sus resultados negativos afecten a determinadas personas, especialmente a las minorías y a quienes son clasificadas/os como “anormales” o, incluso peor, como “inmorales”.

Otra forma de promover abordajes más amplios al desarrollo social, que combatan el tipo de problemas reflejados en este caso, sería garantizar que la salud pública se ocupe de los elementos que conforman la salud mental y, sobre todo, que aborde la salud en general como algo que va más allá de la cuestión biológica. Así, la salud pública y ciertos derechos humanos básicos podrían coincidir, y las diferencias entre personas y grupos se reconocerían como algo que es producto simplemente de las características de una sociedad determinada y no como defectos. Esta aceptación de las diferencias también está relacionada con el concepto de derechos humanos, porque si los “derechos humanos” se interpretan como una

receta para las conductas que las personas deberían obedecer, como una suerte de imposición de una sociedad sobre otra e incluso como una intervención preventiva, debilitarán la noción de empoderamiento mencionada más arriba y entrarán en conflicto con ella.

Por otro lado, si los derechos humanos se reinterpretan en términos de la capacidad de las personas para negociar entre ellas el ejercicio de derechos y los efectos de sus acciones sobre los derechos de las/os otras/os (Figuroa-Perea y Fuentes, 2001), entonces puede darse realmente una intersección entre salud pública y derechos humanos. Esto resulta particularmente cierto si en ambos campos se privilegian las estrategias preventivas para los problemas sociales. Si esta lectura de los derechos humanos está presente en las conversaciones acerca de problemas e intervenciones específicas en salud, resultará más fácil identificar las necesidades y deberes de quienes viven cotidianamente con esos problemas de salud, así como el poder concentrarse en las cuestiones estructurales que se desprenden del hecho de formar parte de una minoría o de un grupo que históricamente ha sido excluido.■

Notas

1. Lo que se entiende en EEUU por el término “miembra/o de la sociedad” está sujeto a discusión. Ese término, ¿implica que el Estado debería asumir responsabilidades por todas y todos las/os ciudadanas/os, residentes y migrantes?

2. Ver Oxford, *et al.*, (1998) para una comparación entre los programas que tratan adicciones en Inglaterra y en México. Ver también Husak (1992), Tragen (1994), Tullis (1995), Hall (1998) y Wallen (1998), para los tratamientos que se han probado en otros contextos.

3. Sin embargo en México, por ejemplo, la corrupción entre la policía y las fuerzas armadas ha impedido que se apliquen las prohibiciones legales vigentes en materia de drogas. Ver MacLachlan (1995), Fernández Menéndez (1999) y Loret de Mola (2001).

4. El elemento que Freire agrega explícitamente es que, para que esto ocurra, necesitamos “práctica en cuanto a la toma de decisiones”, pero en un contexto que yo llamaría no-maniqueo, es decir donde se respeten los procesos de toma de decisiones de las personas y no se apliquen castigos ni juicios prematuros en caso de posibles “errores”, que muchas veces no son más que decisiones que produjeron resultados no deseados desde el punto de vista de uno o más de los actores sociales. Si las personas se acostumbran a tomar deci-

siones y a encontrarse con un contexto que las acompaña en las consecuencias de esas decisiones, será más probable que continúen tomando decisiones en procesos cada vez más abarcativos y más maduros. Además, será más probable que asuman responsabilidades mientras que en el caso contrario delegarán su capacidad para la toma de decisiones en terceras partes o asumirán responsabilidades solamente cuando les resulte conveniente.

5. Por ejemplo, en México, Manuel Velasco Suárez, como presidente del Comité Nacional de Bioética, negó que el Estado tuviera ninguna clase de compromiso con las personas que sufren de VIH/SIDA, “dado que ellas mismas se lo buscaron.” (*La Jornada*, Distrito Federal, 1997). El diputado Luis Pazos, del Partido Acción Nacional y coordinador del presupuesto en la Cámara de Diputados, transfirió el dinero destinado a apoyar a las personas que sufren de VIH/SIDA al grupo conservador PROVIDA que lucha contra el aborto (*La Jornada*, Distrito Federal, 2003).

6. En el nivel micro se han creado modelos con perspectiva de género que proponen indicadores operacionales para monitorear: a) la autoestima, autonomía, autodeterminación, conocimiento del propio cuerpo y de la salud; b) el nivel de participación en las decisiones que afectan la propia salud; c) la forma en

que se ejercen los derechos relacionados con la salud, incluyendo tanto su conocimiento como su internalización (“el derecho a tener derechos”); d) la práctica de redefinir la vida cotidiana en términos de derechos, sin limitarse al discurso racional de los derechos sino más bien adaptándolos a la historia personal y a otros factores (Reyes Cuevas y Robledo, 2001).

7. En cierta medida, las diferencias entre los objetivos de las perspectivas de derechos humanos y las de salud pública radican en la oscilación entre la autodeterminación y la autonomía en tanto valores principales para los abordajes desde los derechos humanos, y la prevención de problemas de morbilidad y mortalidad como objetivo de los abordajes desde la salud pública. Sin embargo, en este análisis, tanto la perspectiva de los derechos humanos como la de salud pública está condicionada por las bases académicas y la experiencia profesional del autor. Durante más de diez años trabajé en instituciones gubernamentales vinculadas a la salud; sin embargo, los estudios filosóficos y el enfoque de los estudios sobre ética y derechos humanos que he realizado, además del abordaje desde el activismo, han formado y configurado mis puntos de vista y las formas en que interpreto los procesos sociales y los problemas de salud que he estudiado.

Referencias

- Aguilar, L., ed. (1996). *El estudio de las políticas públicas*. Colección Antologías de Política Pública (Primera Antología). México: Editorial Porrúa.
- Avila, M. B. (1999). "Feminismo y ciudadanía: la producción de nuevos derechos", en *Género y salud reproductiva en América Latina*, L. Scavone, ed. Cartago, Costa Rica: Libro Universitario Regional, pp. 57-83.
- Cahn, S., ed. (1995). *The Affirmative Action Debate*. Nueva York: Routledge.
- Canto Choc, M. y P. Manero Salazar, eds. (1994). *Reforma del Estado y políticas sociales*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Correa, S. y R. Petchesky (1994). "Reproductive and sexual rights: a feminist perspective", en *Population Policies Reconsidered (Health, Empowerment and Rights)*. G. Sen, A. Germain y L. Chen, eds. Boston: Harvard University Press, pp. 107-123.
- de Greiff, P. y G. de Greiff (2000). *Moralidad, legalidad y drogas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- De la Garza Toledo, E., ed. (1996). *Políticas públicas alternativas en México*. México: La Jornada Ediciones y UNAM.
- Donabedian, A. (1984). *La calidad de la atención médica y los métodos de evaluación*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Ettore, E. (1992). *Women and Substance Abuse*. United Kingdom: Turgers University Press.
- Fernández Menéndez, J. (1999). *Narcotráfico y poder*. México: Rayuela Editores.
- Figueroa-Perea, J. G. y V. Sánchez (1999). "Algunas reflexiones sobre ética, derechos humanos y salud", en *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*. Mario Bronfman y Roberto Castro, eds. México: Edamex e Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 81-95.
- Figueroa-Perea, J. G. y C. Fuentes (2001). "Una reflexión ética sobre los derechos humanos: el contexto de la reproducción de las mujeres jóvenes", en *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. J. G. Figueroa-Perea, ed. México: Porrúa y UNAM, pp. 75-97.
- Freire, P. (1971). *La educación como práctica de la libertad*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- González, G. y M. Tienda (1989). "Las dos caras del problema: demanda y efecto de drogas en México y Estados Unidos", en *México y Estados Unidos en la cadena internacional del narcotráfico*. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 37-93.
- Gracia, D. (1990). "What Constitutes a Just Health Services System and How Should Scarce Resources Be Allocated?" en *Bioethics: Issues and Perspectives*. S. Scholle & H. Fuenzalida, eds. Washington: Pan American Health Organization, pp. 183-196.
- Hall, S. H. (1998). "Drug Abuse Treatment", en *Behavioral Medicine and Women. A Comprehensive Handbook*. E. Blechman and K. Brownell, eds. Nueva York: The Guilford Press.
- Harrison, S. (1993). "Working with Women", en *Alcohol and Drug Problems: A Practical Guide for Counsellors*. B. A. Howard, S. A. Harrison, V. Carven y L. Lightfoot, eds. Toronto: Addiction Research Foundation, pp. 195-218.
- Husak, D. (1992). "Restrictions on drug use", en *Drugs and Rights*. United Kingdom: Cambridge University Press, pp. 209-256.
- Leal, G. (1992). "Democratización inaplazable: la sucesión de las hegemonías médico-gremiales al trasluz del Programa Nacional de Salud 1990-1994", en *Ciencia y Desarrollo* 18, N° 103, pp. 33-46.
- Loret de Mola, C. (2001). *El negocio*. México: Grijalbo.
- MacLachlan, C., ed. (1995). *Narcotráfico*. México: Instituto de Investigaciones Culturales Latinoamericanas.
- Mahmud, S. y A. M. Johnston (1994). "Women's Status Empowerment, and Reproductive Outcomes", en *Population Policies Reconsidered (Health, Empowerment and Rights)*. G. Sen, A. Germain y L. Chen, eds. Boston: Harvard University Press, pp. 151-159.
- Medina Mora, M. E. (1994). "Los conceptos de uso, abuso, dependencia y su medición", en *Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*, R. Tapia Conyer, ed. México: El Manual Moderno.
- Natera, G. y J. Mora (1995). "Atribuciones al género femenino en la prevención de las adicciones", en *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*. México: Universidad de Guadalajara y Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, pp. 109-123.
- Natera, G., J. Mora y M. Tiburcio (1998). "Aspectos estructurales y funcionales del apoyo social en la familia con consumidores de drogas", en *Familia: una construcción social*, G. R. Jiménez, ed. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala, pp. 385-412.
- Oxford, J., G. Natera, J. Davies, A. Nava, et al. (1998). "Stresses and Strains for Family Members Living with Drinking or Drug Problems in England and Mexico", en *Addiction* 93, N° 12, pp. 1799-1813.
-

Referencias

- Petchesky, R. and K. Judd (1998). *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives across Countries and Cultures*. Londres: Zed Books. (Nota de la traductora: hay versión en castellano: *Cómo negocian las mujeres sus derechos reproductivos en el mundo: Una intersección entre culturas, política y religiones*. México: El Colegio de México, 2006)
- Reuter, P. (1998). "Foreign demand for Latin American Drugs: The USA and Europe", en *Latin America and the Multinational Drug Trade*. E. Joyce y C. Malamud, eds. United Kingdom: Institute of Latin American Studies, University of London, pp. 23-43.
- Reyes, H., L. Cuevas y C. Robledo (2001). "Modelo de mejora continua de la calidad de la atención a la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género", en *Calidad de la atención con perspectiva de género. Aportes desde la sociedad civil*, M. Salas, ed. México: Plaza y Valdés, pp. 61-98.
- Romero, M., C. Gómez, M. Ramiro y A. Díaz (1997). "Necesidades de atención a la salud mental de la mujer adicta", en *Salud Mental* 20, N° 2, pp. 38-47.
- Ruiz Massieu, M. (1994). *El marco jurídico para el combate al narcotráfico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sánchez Vázquez, A. (1982). *Ética*. México: Tratados y manuales Grijalbo.
- Sayavedra, G. y E. Flores, eds. (1997). *Ser mujer: ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermedad al poderío y la salud*. México: Red de Mujeres, A.C.
- Tenorio Tagle, F. (1991). *El control social de las drogas en México*. México: Instituto Nacional de Ciencias Penales.
- Tragen, I. (1994). "World-Wide and Regional Anti-Drug Programs", en *Drugs and Foreign Policy. A Critical Review*. R. F. Perl, ed. Boulder, Colorado: Westview Press, pp. 155-184.
- Trejo, G. y C. Jones, eds. (1993). *Contra la pobreza. Por una estrategia de política social*. México: Editorial Cal y Arena.
- Tullis, L. M. (1995). "Drug-Control Efforts and Their Effectiveness", en *Unintended Consequences. (Illegal Drugs and Drug Policies in Nine Countries)*. Boulder, Colorado: Lynne Rienner Publishers, pp. 89-133.
- Van Der Bergh, N. (1991). *Feminist Perspectives on Addictions*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Wallen, J. (1998). "Substance Abuse and Health Care Utilization", en *Behavioral Medicine and Women. A Comprehensive Handbook*, E. Blechman y K. Brownell, eds. Nueva York: The Guilford Press.
-

Un enfoque de derechos humanos sobre el acceso a la atención en salud

Cheri Honkala

La autora es la fundadora y directora ejecutiva de la Kensington Welfare Rights Union, una organización liderada por familias pobres que trabaja para terminar con la pobreza en los EEUU.

Definición de los temas

Al leer este escenario, resulta inmediatamente claro que muchos de los derechos humanos fundamentales de Peggy, tal como los definen una variedad de tratados internacionales, han sido violados. Entre esos estándares de derechos humanos reconocidos internacionalmente se cuentan: el derecho a un nivel de vida adecuado,¹ el derecho a la atención de la salud (que incluye la atención a la salud mental y reproductiva),² el derecho a un trabajo con un salario que asegure una existencia digna,³ el derecho a la vivienda⁴ y el derecho a la seguridad social.⁵ Aunque estos derechos humanos básicos están garantizados por la legislación internacional, no existen mecanismos para protegerlos en los EEUU. Los EEUU han firmado la Convención por los Derechos del Niño, la Convención para la Eliminación de toda Discriminación contra la Mujer, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, pero no han ratificado ninguna norma internacional de derechos humanos que garantice los derechos económicos, sociales y culturales.

Los estándares internacionales de derechos humanos exigen que las necesidades básicas para la vida (vivienda, atención a la salud mental y física, trabajo con una remuneración que garantice una vida digna, etc.) estén garantizadas para todas las personas. Pero los EEUU tratan estos derechos como cuestiones que caen bajo la responsabilidad individual, y la legislación federal en los EEUU no brinda una protección especial en cuanto a los derechos humanos económicos. Aun cuando existan leyes estatales que parecen proteger y garantizar las necesidades básicas para la vida, dichas “protecciones” están sujetas a criterios de elegibilidad y dependen del presupuesto vigente. Por eso, esas “protecciones” no están definidas como *derechos* sino como *privilegios*, y pueden ser eliminadas —como con frecuencia lo son. Es poco lo que puede hacer el creciente número de personas (decenas de millones) que no tienen cómo satisfacer

esas necesidades básicas; estas situaciones constituyen violaciones de los derechos humanos económicos consagrados en los tratados internacionales arriba mencionados.

El ejemplo de Peggy es uno entre millones. Los derechos de Peggy a la vivienda, la atención de la salud, la recuperación, la asistencia social, el trabajo y un salario que le garantice una vida digna fueron violados de manera sistemática. Ella no logró conseguir un trabajo en el que le pagaran en forma legal y que le permitiera mantenerse. Como en su trabajo de mucama le pagaban de manera ilegal y no ganaba lo suficiente para mantener a su familia y al mismo tiempo pagar un seguro de salud, se le negó el derecho a un trabajo con un salario que le garantizara una vida digna. Además, en tanto inmigrante, es muy probable que le resultara muy difícil e incluso imposible acceder a la asistencia pública. En 1996 el Congreso aprobó la Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act (PRWORA, Ley de Responsabilidad Personal y Reconciliación a través de Oportunidades Laborales) que cambió de manera significativa el sistema de asistencia pública en los EEUU. El presidente Clinton ratificó el proyecto de inmediato, y así este se convirtió en ley. El rasgo más conocido de esta ley es que impone limitaciones temporales para que las familias con niñas/os puedan recibir los beneficios de la asistencia social.

Las disposiciones de la misma ley que limitan severamente la posibilidad de que las/os migrantes tuvieran acceso a la asistencia pública recibirían menos publicidad. Sus aspectos específicos varían de un Estado a otro, pero entre los factores determinantes se encuentran la cantidad de tiempo que la/el migrante lleva en los EEUU. Las/os migrantes cuya condición no es legal por lo general no pueden recibir ningún beneficio de la asistencia pública, incluidos los cupones para alimentación, la asistencia médica y la provisión de efectivo.

A pesar de la legislación internacional, en los EEUU la atención a la salud y la vivienda no se tratan como necesidades que la sociedad debería garantizar para todas las personas, sino más bien como privilegios cuyo logro depende del ingreso individual, así como de otros factores entre los que se encuentran el tamaño de la familia, la ubicación geográfica y el hecho de que alguien en la familia esté discapacitado/o o no. Peggy, que no podía acceder a un ingreso adecuado ni a la seguridad social, tuvo que prescindir de la atención a la salud y de la vivienda, quedándose en la calle. Además, como Peggy no tenía derecho a la atención básica en salud, se le negó también el acceso a la atención en salud física y reproductiva, en salud mental y el tratamiento para su adicción a la cocaína en forma de “crack”.

Las violaciones de los derechos humanos de Peggy se vieron agravadas por varios factores adicionales, incluyendo su temor muy bien fundado a la deportación, las políticas de asistencia social y las leyes migratorias, así como el miedo a que le quitaran a su hija.

Las políticas actuales de los EEUU para con las personas que, como Peggy, están luchando con adicciones adoptan un enfoque punitivo en lugar de uno orientado hacia la prevención o la rehabilitación, a pesar del gran número de estudios que demuestran que el tratamiento es un método mucho más efectivo que la cárcel para encarar la adicción a las drogas.⁶ Es mucho más probable que las personas adictas a las drogas terminen en prisión por delitos relacionados con ellas que en programas de tratamiento. Por ejemplo, si a una persona la arrestan, acusándola de tenencia de drogas, y la llevan a una prisión municipal en Filadelfia, se requerirán de seis a doce meses, en promedio, para derivar a esa persona a un programa de tratamiento contra las drogas.

Para abordar el problema del abuso de drogas resulta vital pasar de un abordaje punitivo a otro basado en la prevención, la rehabilitación y el respeto de los derechos humanos. En esencia, debemos incorporar los mismos criterios que tenemos para el tratamiento de la salud física a la atención en salud mental y al tratamiento de las adicciones al alcohol y a las drogas. La Emergency Medical Treatment and Active Labor

Act (EMTALA, Ley sobre Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo), garantiza a las personas por lo menos el tratamiento básico de emergencia que pueda mantenerlas con vida en caso de problemas de salud física, así como el parto en salas de emergencia de todo EEUU, puedan pagarlo o no. Los hospitales tienen prohibido rechazar a personas que estén pasando por una crisis de salud y no puedan pagar los tratamientos de emergencia. Pero esos mismos criterios no se aplican al tratamiento de las adicciones a las drogas y no existe protección legal alguna para las personas que necesitan esta clase de tratamiento.

Además, no es realista en absoluto esperar que las mujeres procuren o reciban la asistencia, la atención en salud reproductiva y el tratamiento que necesitan si temen ser castigadas. Las mujeres que están en la situación de Peggy deberían poder buscar ayuda y asistencia —ya sea en cuanto al trabajo, la vivienda, la asistencia social, el tratamiento de las adicciones, la atención en salud reproductiva o cualquier otra cosa— sin temer la deportación, o a perder la tenencia de sus hijas/os. A Peggy no se le dio la información que necesitaba para tomar decisiones informadas acerca de sus opciones, ni tuvo la posibilidad de garantizar que sus derechos no fueran violados. Para poder participar en la gestión y defensa de sus propios derechos, las mujeres como Peggy deben tener acceso a información precisa acerca de sus opciones.

Como ya señaláramos, la historia de Peggy lamentablemente no es algo único. Las mujeres pobres, migrantes (sobre todo las que carecen de residencia legal o de ciudadanía), se enfrentan a muchos desafíos para satisfacer sus necesidades humanas básicas. A Peggy se le negaron los derechos humanos económicos al empleo con una remuneración que le garantizara una vida digna, la atención de la salud física (que incluye la atención en salud reproductiva y el acceso al control de la natalidad), la atención en salud mental y el tratamiento de su adicción a las drogas, la vivienda y la alimentación. Al aprobarse la PRWORA⁷ se ha reducido en forma significativa la disponibilidad de la asistencia y los servicios para todas las personas en los EEUU. Los recortes que afectan a las/os migrantes fueron particularmente drásticos y tuvieron efecto de inmediato.⁸

La PRWORA viola varios tratados y normas internacionales de derechos humanos, que imponen obligaciones morales y legales a los EEUU, entre ellas la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Esta ley también viola varios otros estándares regionales de derechos humanos tales como la Carta de la Organización de Estados Americanos (OEA), la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Interamericana de Derechos Humanos y el Protocolo Adicional a la Convención Interamericana de Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que los EEUU han firmado. Todos estos instrumentos garantizan los derechos humanos que a Peggy le fueron negados.

Instituciones y actores

Los actores gubernamentales a nivel local, estatal, nacional e internacional deberían ser responsables de monitorear y reparar situaciones como la de Peggy, así como de formular recomendaciones acerca de la acción política necesaria para abordar estas violaciones de los derechos humanos. En los EEUU no existen mecanismos, instituciones ni procedimientos adecuados para tratar esta situación, en gran medida porque el gobierno de los EEUU no adhiere a muchas de las normas internacionales de derechos humanos. Además, en los EEUU no tenemos la costumbre de definir los temas de salud mental y las adicciones como cuestiones que tienen que ver con la atención a la salud. Esto significa que los recursos que existen son todavía menores para personas que están luchando con enfermedades mentales o adicciones. En lugar de ser tratadas como las enfermedades que con toda justicia son, tanto el abuso de sustancias como los problemas de salud mental son estigmatizados y en particular la adicción a las drogas se define como un delito o un problema creado por la propia persona, en lugar de como un asunto que compete a la atención a la salud. Esta falta de reconocimiento de la humanidad de quienes sufren estas enfermedades y la inexistencia de tratamientos respetuosos, en especial para las y los pobres, significa que mujeres pobres y migrantes como Peggy por lo general no tienen el derecho a la recuperación en este país, sobre todo

considerando que la recuperación de las adicciones está ligada de forma inexorable a la necesidad de atención en salud mental y a la satisfacción de las necesidades básicas para que pueda garantizarse una recuperación plena y permanente.

Solo los abordajes de derechos humanos pueden responder a los desafíos que implican estos temas, encuadrando necesidades básicas, en las que se juegan la vida y la muerte, como la atención a la salud, la alimentación, el tratamiento de las adicciones y la enfermedad mental, la vivienda y el trabajo digno en términos de derechos humanos legal y socialmente garantizados, y también procurando la satisfacción de una variedad plena e integrada de necesidades humanas físicas, mentales y sociales. Con el abordaje desde los derechos humanos, la satisfacción de las necesidades humanas no estaría a merced de la economía, la caridad o los servicios sociales, sino que sería garantizada por leyes (que ya han sido acordadas en el plano internacional) y políticas que nuestro gobierno estaría obligado a respetar con mecanismos y procedimientos que aseguraran su realización. Un abordaje de derechos humanos puede incluir esfuerzos de muchas clases, incluyendo el litigio, la educación masiva en derechos humanos, las marchas, las demostraciones, la gestión y la defensa. Lo más importante es que las personas directamente afectadas por las violaciones de los derechos humanos participen en el proceso de respuesta frente a estas violaciones. En otras palabras, que a las mujeres como Peggy se les debe dar oportunidades para que ellas mismas puedan defender sus derechos.

Casos individuales y políticas sociales

Al concebir estrategias efectivas de derechos humanos, los casos individuales como el de Peggy se pueden utilizar para establecer políticas y leyes que conduzcan a mejoras en las vidas de las muchas mujeres que están en situaciones similares a la suya, educando masivamente acerca de los derechos humanos. En particular, la educación acerca de los derechos humanos en situaciones como la que se describe en este caso, debería centrarse en alentar a las personas a valorar a las mujeres, las/os migrantes, las/os pobres y las madres solteras o los padres solteros como

seres humanos, primero y por encima de todo. La educación en derechos humanos es importante porque cuestiona nociones aceptadas acerca de la pobreza y el derecho a tener derechos en EEUU, que los sistemas educativos y los medios defienden y perpetúan. A nivel conceptual, los derechos humanos son muy importantes porque el concepto de derechos humanos insiste en el valor fundamental de cada persona, no porque pertenezca a una determinada categoría social, sino como ser humano por encima de todo lo demás. Con un abordaje desde los derechos humanos, la deshumanización de las personas por pertenecer a una categoría o tener una característica determinada se vuelve inaceptable, así como resulta intolerable la negación de las necesidades y derechos básicos por factores sociales (tales como el género, la condición migratoria, la clase o el estado civil). La educación en derechos humanos debería enseñar esto.

Los desafíos a que se enfrentan Peggy y otras mujeres que se encuentran en situaciones similares, deberían pensarse en el contexto de las formas en que han sido violados sus derechos humanos y de cómo sus situaciones podrían ser diferentes si sus derechos humanos fundamentales fueran respetados o valorizados. Por ejemplo, si Peggy hubiera tenido derecho a un trabajo que le permitiera una vida digna, a la atención de su salud y a la vivienda, es posible que nunca se hubiera convertido en adicta a las drogas, porque hubiera tenido las condiciones físicas y sociales necesarias para tener un nivel de vida digno y satisfactorio, a salvo del miedo, el dolor y otros factores que llevan a tantas personas a las adicciones. Con una atención de la salud adecuada, que incluyera el derecho a la atención en salud mental y a la recuperación, su adicción y los factores de salud mental que contribuyeron a ella podrían haber sido detectados y tratados, antes de que fuera casi demasiado tarde. Pensar las historias personales en el contexto de los derechos humanos ayuda a repositionar el debate desde la perspectiva de la culpa individual por no haber logrado sobrevivir en la sociedad, a analizar cómo una determinada sociedad satisface las necesidades de las personas o le niega sus derechos más fundamentales.

Para documentar y hacer visibles estas historias, así como para buscar reparación ante las violaciones, nosotras —como personas a quienes se nos han

negado nuestros derechos, como activistas por los derechos humanos y como sociedad— deberíamos crear monitoras/es tanto individuales como institucionales de derechos humanos. Las/os monitoras/es se capacitan para analizar las situaciones a partir de una perspectiva de derechos humanos y son fundamentales para hacer visibles las violaciones de los derechos humanos, documentarlas y ponerle rostros humanos a las luchas por los derechos humanos. Las/os monitoras/es de derechos humanos alientan a las personas a dar su testimonio individual acerca de las violaciones que han sufrido y a presentarlo ante el público, el gobierno, el movimiento de derechos humanos y la comunidad internacional, incluyendo los organismos responsables de garantizar el cumplimiento de las normas de derechos humanos. Para enfrentar las violaciones de los derechos humanos, primero debemos hacer que las personas tomen conciencia de que los EEUU están violando los derechos humanos de su propio pueblo y demostrarles específicamente cómo se dan tales violaciones.

Nuestras políticas y leyes locales, estatales, nacionales e internacionales no van a ser compatibles con los criterios internacionales de derechos humanos a menos que un gran número de personas lo exija.

La educación acerca de los estándares y leyes de derechos humanos, así como la historia de su desarrollo, resulta absolutamente crítica para el proceso de construir un movimiento masivo, tanto en EEUU como en otras partes del mundo, para exigir que las leyes y las políticas que rigen nuestras vidas respeten y protejan los derechos humanos.

Son numerosos los ejemplos de actividades que han ejercido un gran impacto en cuanto a plantear estos temas y unir a las personas en apoyo a la idea de los derechos humanos, y especialmente de los derechos humanos económicos. En los EEUU se puede mencionar a la Poor People's Economic Human Rights Campaign (PPEHRC, Campaña por los derechos humanos económicos de las personas pobres), en la que convergen 50 organizaciones lideradas por personas pobres y sin hogar en todo el país; la creación de la Universidad de los/as Pobres,⁹ que es la rama educativa de la PPEHRC; marchas masivas protagonizadas por personas pobres y sin hogar en EEUU;

la Cumbre Mundial de las Personas Pobres para Terminar con la Pobreza, que tuvo lugar en Nueva York en noviembre de 2000; los dos New Freedom Bus Tours for Economic Human Rights (Giras en ómnibus de la nueva libertad para los derechos humanos económicos) organizadas por la PPEHRC; y los días nacionales y mundiales de acción por las/os pobres en EEUU y en todo el mundo, en los que se exige el derecho a la atención de la salud y otros derechos humanos económicos. Todas estas iniciativas han servido para educar y organizar a las personas para que exijan sus derechos humanos fundamentales.¹⁰

Indicadores

Para medir si se ha avanzado o no en el respeto, la protección y la realización de los derechos humanos de Peggy y otras mujeres en situaciones similares, debemos establecer las siguientes metas para nuestra sociedad. Primero, debe haber un acceso fácil (inclusivo en términos de costos) a la atención y educación en salud reproductiva, lo que llevaría a un marcado descenso de los embarazos no planeados y no queridos, y por lo tanto a una reducción del número de abortos.¹¹ Debe haber también una mayor formación y concientización acerca de los derechos humanos, el acceso a la atención reproductiva y el acceso a la atención de la salud en todas sus formas, incluyendo la atención a la salud mental y el tratamiento de las adicciones. Los derechos humanos —incluyendo los derechos humanos económicos que garantizan el derecho a la alimentación, la atención de la salud, la vivienda, empleos con salarios que aseguren una vida digna y la seguridad social para las personas desempleadas y para quienes no puedan trabajar— deberían estar garantizados para todas las/os miembros/os de una sociedad. Esos derechos garantizados deberían contribuir a ponerle fin al hambre y a la falta de viviendas, así como a reducir las enfermedades y otros problemas vinculados a la falta de alimentación y de una nutrición adecuada.

Habría una expansión de los programas de recuperación: las personas que necesitaran tratamiento para su adicción a las drogas tendrían acceso a dicho tratamiento con solo pedirlo, y el número de personas encarceladas por delitos vinculados a las drogas dis-

minuiría. La cárcel ya no sería vista como el primer y último recurso para las personas que son adictas a las drogas. Por último, un gobierno que adhiriera a las normas internacionales garantizaría los derechos humanos de las familias a satisfacer sus necesidades y a procurar protección especial.

Sin embargo, se deben dar varios pasos diferentes para alcanzar estas metas. En primer término, debemos comenzar por educar a la gente acerca de lo que son los derechos humanos y las normas de derechos humanos que ya existen en la legislación internacional y nacional. También debemos comenzar a presentar los problemas a los que Peggy y otras mujeres se enfrentan todos los días como violaciones de los derechos humanos fundamentales y no como problemas individuales. Esta educación debe ofrecerse en muchos lugares, incluyendo las escuelas, Iglesias y otras organizaciones y lugares de encuentro. Se debe brindar esta formación en los idiomas maternos de las personas, y en lenguaje por señas. La educación en derechos humanos debería poner énfasis en los derechos humanos económicos, porque constituyen la base para todos los demás derechos: para ejercer cualquier derecho, primero una/o debe tener el derecho a lo más básico de la existencia, a la satisfacción de lo que es necesario para la supervivencia. Los temas de salud reproductiva también deberían enseñarse en las escuelas y no solo en la educación secundaria. Desde temprana edad, las niñas y los niños deben tener acceso a esta información que es de importancia vital. Debemos incrementar el acceso a los programas de recuperación y debemos comenzar a centrarnos en la recuperación en un sentido amplio, que incluya la nutrición, la salud física, la educación y la atención en salud mental, porque la verdadera recuperación solo puede tener lugar cuando se abordan los factores físicos, sociales, ambientales y emocionales que llevaron a la adicción.

Diálogos entre diferentes esferas de acción

Las intervenciones efectivas en salud pública pueden llevar a un mayor respeto por los derechos humanos de las mujeres cuando la gente se compromete, primero, a entender la complejidad de los temas involucrados, y luego a trabajar juntas/os a pesar de sus diferencias en cuanto a los abordajes (por ejem-

plo, privilegiar los derechos reproductivos *versus* privilegiar los derechos humanos económicos). En una situación tan compleja como aquella a la que se enfrenta Peggy, no existen respuestas sencillas a la pregunta de cómo resolverla. Pero en última instancia la base debe ser un abordaje desde los derechos humanos, que garantice una atención integral a la salud que pueda satisfacer las necesidades físicas, mentales y culturales de la persona como un todo, y que considere a cada persona como un ser humano pleno, con derechos y dignidad. Los derechos humanos ofrecen un marco de referencia moral, legal y político para garantizar la salud y el bienestar de la persona, la familia, la comunidad y la sociedad.

Diferentes modelos de intervención en salud pública se ocupan de manera diferente del valor de los seres humanos, o de cuestiones como la falta o la pérdida de intimidad, las posibilidades de perder la tenencia de hijas o hijos (por lo general debido a diferencias en cuanto a los valores culturales, sociales y religiosos), y del valor que le asignan a la cultura y la identidad religiosa. También hay diferencias en cuanto a culpabilizar por los problemas a las personas o a las estructuras gubernamentales o institucionales que no logran garantizar los derechos humanos fundamentales, a pesar de que la legislación internacional estipula que esos derechos deben estar garantizados por los gobiernos. Sin embargo, cuando la meta más importante es el respeto de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, y cuando las personas se comprometen a zanjar las diferencias que las separan, las intervenciones en salud pública pueden ser una fuerza que ayude a garantizar que se promuevan y se protejan los derechos humanos de las mujeres en todo sentido. ■

Notas

1. Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU (DUDH), art. 25; Carta de la Organización de Estados Americanos, art.45; Declaración Americana, arts. XI y XIV; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales art. 11.

2. DUDH, art. 25; Carta de la OEA, arts. 34 y 45; Declaración Americana, art. XI; Protocolo de San Salvador, art.10; PIDESC, art. 12.

3. DUDH, art. 23; Carta de la OEA arts. 34 y 45; Declaración Americana, art. XIV; Protocolo de San Salvador, arts. 6 y 7; PIDESC, arts. 6 y 7.

4. DUDH, art.25; Carta de la OEA, art.34; Declaración Americana, art. XI; PIDESC, art.11.

5. DUDH, arts. 23 y 25; Carta de la OEA, art.45; Declaración Americana, art. XVI; Protocolo de San Salvador, art.9; PIDESC, art.9.

6. U .S. Dept. of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, "Changing the Conversation: Improving Substance Abuse Treatment: The National Treatment Plan Initiative; Panel Reports, Public Hearings, and Participant Acknowledgments". Washington D.C.: SAMHSA, noviembre del 2000, p. 41.

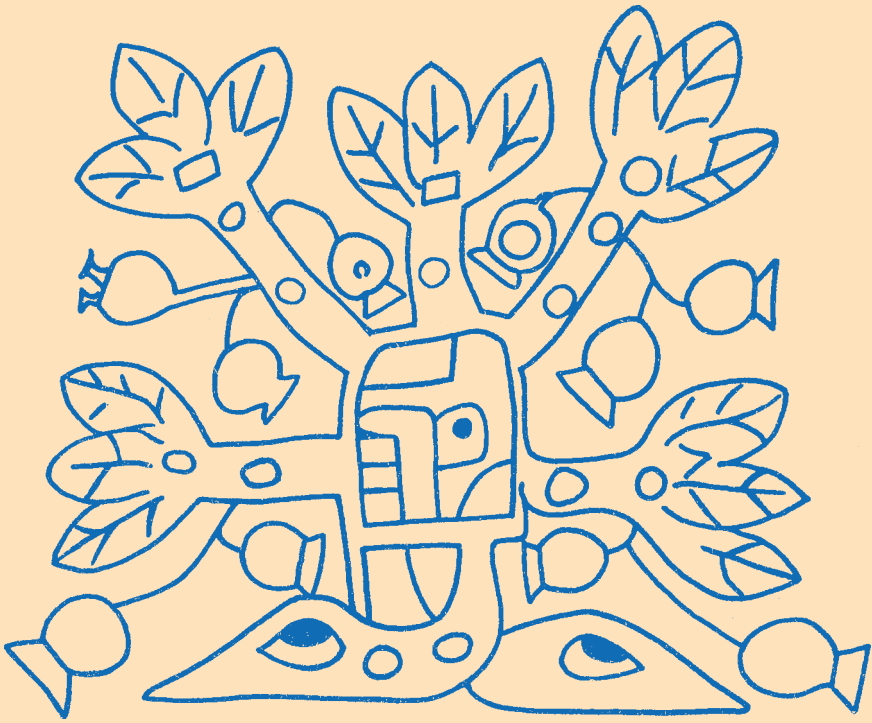
7. Ver 8 U.S.C. § 1612 (1999).

8. *Ibíd.*

9. Para más información acerca de la Universidad de las/os Pobres, visitar <http://www.universityofthepoor.org>.

10. Para más información acerca de cualquiera de los eventos mencionados más arriba, o para conocer más acerca de las organizaciones que integran la Poor People's Economic Human Rights Campaign, por favor contactarse con Kensington Welfare Rights Union al teléfono +(1215) 203-1945, o visitar <http://www.kwru.org>.

11. Alan Guttmacher Institute, *Fulfilling the Promise: Public Policy and U.S. Family Planning Clinics*. Nueva York: Alan Guttmacher Institute, 2000, pp. 6-8.





Análisis de caso # 4

Violencia de género

La historia de Eleonora

A los 15 años de edad, Eleonora comenzó a tener problemas en la escuela. Su madre y su padre se habían divorciado tres meses atrás, pero todavía vivían en la misma casa. El padre de Eleonora solía beber y estaba convirtiendo la vida familiar en un castigo para todo el mundo. En un esfuerzo por mantener sus notas y desempeñarse bien en los exámenes de ingreso a la Universidad que se aproximaban, Eleonora comenzó a pasar algunas noches en la casa de su amiga Iwonka para poder estudiar con ella y con su hermano Alexander. A veces Alexander acompañaba a Eleonora de regreso a su casa y la escuchaba cuando ella le contaba sus problemas, lo que despertó las sospechas del padre de la muchacha.

Molesto por las malas notas que Eleonora había obtenido a pesar de tanto supuesto “estudiar”, el padre aceptó el consejo que le habían dado en la escuela y decidió averiguar si la adolescente estaba embarazada. La envió a consultar a un médico de familia que trabajaba en una ZüZ, una clínica de salud pública.

El testimonio de Eleonora:

El médico me dijo que me quitara la blusa y la falda, me acostara sobre la camilla, y me quedara ahí, desnuda. Luego me dijo: “¿Así que estás embarazada? ¿Con quién anduviste?” Entonces me di cuenta de que la consulta era producto de las sospechas de mi padre y no de su preocupación por mí. Sentí que el médico introducía sus dedos en mis partes íntimas. Me estaba lastimando mucho, y entonces me di cuenta que tenía ambas manos rodeando mi cintura y que me estaba penetrando. Hasta ese día, yo era virgen, y el médico estaba manchado de sangre. Dijo que ahora tenía la certeza de que yo era una “buena chica”, y que debía esforzarme por rendir lo mejor posible en la escuela.

Cuando regresó a su casa, Eleonora le dijo llorando a su padre que no estaba embarazada. Pero cuando al mes siguiente no le llegó su menstruación, le preguntó a su hermana mayor acerca de los exámenes para detectar un embarazo. Su hermana había cursado Educación Sexual en la escuela muchos años atrás, pero ahora ya no se enseña más salud reproductiva o sexualidad en las escuelas. La materia llamada “Vida sexual humana” se centra más en la religión que en la biología. Eleonora le explicó a su hermana lo que le había hecho el médico. La hermana le dijo que tenía que hacerse una prueba para detectar el embarazo inmediatamente, pero ninguna de las dos sabía adónde ir.

El testimonio de Eleonora:

Yo sé que hoy en día es difícil hacerse un aborto en Polonia, y no sé qué hacer si resulta que el médico me dejó embarazada. Mi hermana dice que todavía está permitido el aborto si una mujer quedó embarazada como producto de un “acto criminal”, pero creo que esto significa que tengo que acusar al médico en público y yo no puedo hablar de esto con nadie que no sea mi hermana. Creo que mis padres saben que algo me pasa, pero no me atrevo a hablar con ellos. Yo no creo en el aborto, pero sé que soy demasiado joven para convertirme en madre.

Fuentes: Adaptado de los materiales producidos por el Center for Reproductive Rights (Centro para los Derechos Reproductivos) —antes Center for Reproductive Law and Policy (Centro para las leyes y políticas reproductivas)— *Silence and Complicity: Violence Against Women in Peruvian Public Health Facilities*, Nueva York: CRLP, 1999. Disponible en línea en http://www.crlp.org/pub_bo_silence.html. Nota de la traductora: tiene versión en castellano: *Silencio y complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*, Nueva York: CRLP, 1999. También, *Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives (East and Central Europe)*, Nueva York: CRLP, 2000, disponible en línea en http://www.crlp.org/pub_bo_wowece.html; y “The Impact of Poland’s Anti-Abortion Law”, 20 de julio 2001; disponible en línea en http://www.crlp.org/pr_01_0720poland.html.

Los derechos reproductivos en Europa oriental y central: una preocupación para la salud pública

Manisha Gupte

La autora es defensora de la salud y los derechos de las mujeres, y una de las fundadoras de Mahila Sarvangeen Utkarsh Mandal (MASUM, Foro para el Desarrollo Integral de las Mujeres), cuya sede se encuentra en Puna, India.

Nota introductoria

El caso presentado aquí proviene de Polonia, un país en transición económica donde la curiosa mezcla de religión, privatización y reducción en el acceso al empleo y la atención en salud afecta a las mujeres de muchas maneras, en su mayoría negativas. El análisis que se expone a continuación acerca de las preocupaciones que plantea este caso para la salud pública es tanto específico para Polonia como también importante para otros sistemas y países. Por eso se ha hecho un esfuerzo por enmarcar el análisis en su contexto específico, sin dejar por ello de plantear temas que preocupan a las mujeres fuera de Europa oriental y central.

Definición de los temas

Los temas de salud pública prioritarios que este caso coloca en primer plano son: los derechos reproductivos, las preocupaciones de género y las adicciones.

Derechos reproductivos

La razón por la cual optamos por los derechos reproductivos es bastante obvia. Estos derechos son inherentes a la dignidad, autonomía y condición de persona de todas las mujeres del mundo. Pero son los primeros que se sacrifican, ya sea en nombre de la religión, la cultura, el nacionalismo, el fundamentalismo, la tradición, las políticas de población o los valores familiares. La reproducción de las mujeres queda así supervisada y manipulada por la familia, la comunidad, el mercado, el Estado y las influencias internacionales. Otras necesidades de las mujeres —en áreas como la salud mental, el envejecimiento, la violencia, el abuso, las necesidades de las niñas y la salud ocupacional— están relativamente ausentes de la agenda de los servicios de salud en casi todas partes. Las mujeres que viven por fuera de la institu-

ción matrimonial, o aquellas cuya orientación sexual no es la tradicional, no solo son dejadas de lado sino que son objeto de burla y de violencia.

En el espectro de los derechos reproductivos, los temas que pueden priorizarse en la historia de Eleonora son:

- Aborto

Durante el régimen comunista, el acceso al aborto era fácil en Polonia.¹ Pero ahora la ley polaca sobre el aborto es una de las más restrictivas de Europa, y ha reducido el acceso al aborto a un número muy limitado de situaciones. Quienes pueden pagarlo a veces viajan a otros países para acceder a los servicios de aborto, dando lugar a lo que se conoce como “el turismo del aborto”.²

Bajo la influencia creciente de la Iglesia Católica, el apoyo de las médicas y los médicos al aborto ha ido descendiendo rápidamente en los últimos años, lo mismo que el apoyo de la sociedad a la interrupción del embarazo.³

Algunas médicas y médicos se niegan a realizar abortos aun si la situación de la mujer embarazada está dentro de lo que exige la ley. Por ejemplo, a una mujer epiléptica que quería hacerse un aborto le dijeron que no debió haber mantenido relaciones sexuales con su marido. A una joven de 20 años que había sido violada, le dijeron que como era mayor de 15 años, debió haber sabido qué hacer para que no la violaran. Los obstáculos que se le presentarán a Eleonora si decide hacerse un aborto resultan obvios, especialmente si consideramos que quien la violó es el mismo médico que tendría que “recomendar” el aborto.

Para comparar, tengamos en cuenta que en Rumania el aborto se legalizó a los tres días de haber sucedido la revolución, pero la tasa de mortalidad sigue siendo

elevada debido a las complicaciones relacionadas con el aborto.⁴ La ironía es que, si bien el costo del aborto es cubierto por el Estado, los anticonceptivos tiene que costearlos la población con sus propios recursos. En esa situación, no resulta sorprendente que muchas mujeres utilicen el aborto como único método de control de la natalidad. En un contexto muy diferente, la India, donde la terminación médica del embarazo es legal desde 1972, el tema se complica por los abortos producto de la selección sexual, la política de control poblacional y la falta de acceso de las mujeres a los servicios de atención de la salud.^{5, 6, 7}

- Educación sexual

Aun cuando el aborto está permitido en Polonia en caso de violación, es muy poco probable que una adolescente como Eleonora tenga acceso a esa información o a los servicios para el aborto. Como en muchos otros países, la salud reproductiva de las mujeres no es una prioridad central en Polonia. En los servicios de salud pública polacos no existe información acerca de las enfermedades del aparato reproductor, ni consejería sobre planificación familiar. La educación sexual es rudimentaria y se sigue predicando con mucha fuerza en contra de los métodos anticonceptivos que no sean “naturales” —como la abstinencia planificada— de acuerdo a la postura de la Iglesia Católica.⁸

El gobierno del partido Solidaridad, bajo la influencia de los obispos católicos, culpó a los cursos de educación sexual de alentar la promiscuidad y la experimentación sexual, proponiendo en 1997 que fueran eliminados. Por suerte, el Congreso rechazó la propuesta del partido mayoritario por una diferencia mínima de votos. Dado que oponerse a la dominación comunista ha significado un retorno a la religión y el rechazo de todo lo que el régimen había instituido —incluyendo el derecho al aborto para las mujeres—, los sentimientos contrarios al aborto y a la educación sexual surgieron con mucha fuerza una vez que Solidaridad llegó al poder.⁹

Lo irónico es que el resultado de esta situación es que prácticamente no se utilizan anticonceptivos y las leyes contra el aborto han hecho que el procedimiento se torne clandestino, por lo cual las mujeres deben procurarse costosos abortos ilegales en el país o en el

exterior. No hace falta decir que todo esto ha golpeado con la mayor dureza a las mujeres más pobres. En ausencia de abortos seguros, anticoncepción y educación sexual, las mujeres viven con el temor a los embarazos no deseados, las enfermedades, y se ven obligadas a recurrir a abortos inseguros o ilegales.

- ¿Elección o no-elección?

Que el aborto sea ilegal (como en Polonia) o legal (como en Rumania o la India) no necesariamente implica que las mujeres tengan más opciones y libertad para trazar el curso de sus vidas. El aborto y el control de la natalidad no son derechos que se dan en un vacío sino que están enmarcados en contextos específicos que tienen significados diferentes para cada mujer. Hay una necesidad urgente de interpretar la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, también conocida como la Convención de la Mujer) y otros tratados internacionales que se ocupan de los derechos económicos, sociales y culturales, de modo tal que las mujeres en el mundo entero puedan verdaderamente apropiarse de sus derechos reproductivos y sexuales.

La eugenesia (que tiene dimensiones de clase, casta, género, raza, etnia y religión) es un tema central para habilitar o cancelar las opciones reproductivas. Mientras que a las pobres y marginadas se las “alienta” a no reproducirse, están surgiendo por todas partes tecnologías costosas para que nazcan bebés ricos/os, a través de la maternidad subrogada o la fertilización *in vitro* (transferencia intrafalopiana de gametos, transferencia intrafalopiana de esperma, etc.). Si bien todo el mundo tiene derecho a dar a luz, estas opciones reproductivas tienen que ser analizadas en el contexto de miles de infantes en el mundo entero que mueren por enfermedades que podrían haberse prevenido. En la India, por ejemplo, los abortos por selección sexual —la interrupción del desarrollo de los fetos femeninos después de estudios para determinar el sexo fetal— se están promocionando como una “elección” de las mujeres. Las políticas de población, ya sean pro o antinatalistas, tratan a las personas como números y de esa manera anulan la libertad reproductiva de las personas pobres y marginadas, de las mujeres y de todas las minorías que están en situación de desventaja.

Preocupaciones de género

En el caso de Eleonora, las preocupaciones de género son obvias. Su vida en el hogar con un padre alcohólico y autoritario era un castigo. Los derechos de la madre no estaban protegidos, dado que ella se veía obligada a vivir con ese marido al que ya no quería. Lo sorprendente es que no se trata de un caso aislado. Inclusive en casos de violencia doméstica grave, en Polonia (como en muchos otros países) los procedimientos penales por lo general se demoran muchos años mientras la víctima y el perpetrador siguen viviendo juntos, aun si están formalmente divorciados. La naturaleza altamente desconfiada del padre y el alto grado de control que él ejerce sobre Eleonora, reducen el acceso de la joven a la educación superior y la obligan a someterse a un examen para detectar el embarazo. Como menor de edad, ella no puede opinar acerca de las decisiones que toman sus padres, pero cuando es agredida y violada por el médico de familia, no tiene acceso a servicios que se ocupen del maltrato a las niñas y los niños, ni sabe que el aborto producto de una violación es legal en Polonia.

El hecho de que el médico de familia hizo que Eleonora se desnudara, lo que no era necesario, le practicó una revisión interna en ausencia de una enfermera, la maltrató de palabra y la violó, son todas violaciones graves a la ética médica. La despreocupación que muestra el médico acerca del futuro de Eleonora, el no informarle acerca de la posibilidad de un embarazo tras la violación, su frialdad e insensibilidad, su violación de la confianza que la familia depositó en él aprovechándose del hecho de que el padre de Eleonora tenía sospechas acerca de la actividad sexual de su hija, son todos actos profundamente antiéticos. La falta de conocimiento acerca de la justicia, y de acceso a ella por parte de Eleonora después de esta transgresión a la ética médica y de esta mala praxis, hacen que a ella le resulte imposible desafiar públicamente al médico. El lugar que ella ocupa en su familia y en la sociedad también se ven afectados y controlados por el médico.

Ya sea que Eleonora se convierta en madre soltera o que se decida por un aborto, de todos modos corre el riesgo de perder oportunidades en cuanto a su formación y puede tener dificultades para las relaciones

sexuales más adelante, debido al trauma producto de la agresión sexual. También es altamente probable que su capacidad para negociar con sus futuros compañeros sexuales se vea disminuida, que sobrevengan otros embarazos prematrimoniales y que ella tenga que asumir sola la responsabilidad de la crianza.

Las preocupaciones de género atraviesan todos los temas de salud pública. Con gran frecuencia, su ausencia es notoria. La locación, el costo y la insensibilidad de los servicios de salud frente a las cuestiones de género hace que para las mujeres resulte extremadamente difícil acceder a ellos, sobre todo las que están fuera del marco de referencia estrecho para el cual están diseñados los servicios de salud materna e infantil, es decir mujeres heterosexuales que vivan con su compañero o estén casadas. La falta de un espacio privado en el que poder hablar de lo que les sucede, hace que a las mujeres les resulte imposible hablar de secreciones vaginales, prolapso uterino, dolor durante el coito, violación, angustia o violencia. Tampoco hay médicas/os u otras/os profesionales de la salud capacitadas/os para formular las preguntas relevantes en torno a estos temas. La ignorancia, la frialdad, el prejuicio masculino y la falta de recursos al interior de los servicios de salud, combinados con la condición subordinada de las mujeres y la toma de decisiones, que se concentra en los varones en la mayoría de los hogares, crean un ambiente de silencio y sufrimiento. El hecho de que la experiencia traumática vivida por Eleonora pudiera afectar su sexualidad de forma negativa en el futuro, que ella pueda enfrentarse de por vida al conflicto que implica dar a luz y criar a una niña o niño concebida/o durante una violación, y que la niña o el niño puedan sufrir el impacto psicológico producto de la ambivalencia de la madre, son temas que no se tratan en lo más mínimo, ni en el hogar ni en la clínica.

Los recursos económicos de las mujeres se han visto afectados negativamente en Europa oriental y central debido a la transformación de las economías que antes eran socialistas. El empleo femenino siempre estuvo concentrado en el sector de servicios o en las industrias livianas, y muchas mujeres que trabajaban en la agricultura ahora son trabajadoras sin remuneración. El desempleo, sobre todo entre las mujeres, se ha incrementado en forma aguda, y las mujeres consti-

tuían casi el 50% de las personas desempleadas en Polonia en 1998. La feminización de la pobreza —ya sea debido al cierre de industrias, a los programas de ajuste estructural, a la globalización o a la migración de los hombres en busca de trabajo— es un fenómeno mundial, que resulta en indigencia cuando las mujeres se deben enfrentar solas a la crianza de sus hijas e hijos. La pérdida del empleo también ha tenido como resultado la pobreza, la prostitución y una menor oferta laboral para las mujeres polacas.

El embarazo adolescente de Eleonora la colocará en una seria desventaja dentro de este sistema. Como madre soltera, las condiciones económicas adversas en Polonia limitarán su acceso al empleo bien remunerado. Un aborto clandestino puede causarle un severo trauma físico y mental, así como generarle temor a pasar vergüenza en público. Un mayor control paterno —sobre Eleonora, su hermana, y tal vez también sobre otras adolescentes vecinas— como resultado de la violación y el embarazo podría afectar de manera negativa la movilidad y el acceso de todas ellas a la igualdad de oportunidades.

Por supuesto que estos temas no se dan exclusivamente en Polonia. En los países asiáticos donde la virginidad se considera un valor supremo, una joven que quedara embarazada antes del matrimonio sería objeto de violencia física y/o mental muy intensa por parte de su familia e incluso podría llegar a ser expulsada de la casa. Además, las/os médicas/os que hacen abortos en forma privada suelen cobrar sumas elevadas cuando las pacientes son mujeres jóvenes y solteras que “se supone deberían ser” vírgenes.¹⁰

En Polonia, las leyes vigentes sobre el aborto permiten su realización tras una violación. En ningún caso, la mujer que se somete a un aborto puede ser objeto de acusación penal, pero quienes brindan servicios de aborto o ayudan a las mujeres a procurarse abortos pueden ser demandadas/os y encarceladas/os. Debido a la política pronatalista del Estado, se garantiza a las madres solteras los mismos beneficios que a las mujeres casadas.¹¹

Pese a las penas severas que existen para quienes realicen abortos, las organizaciones de mujeres en Polonia han establecido numerosas clínicas para

brindar consejería y servicios de derivación, así como para realizar esterilizaciones quirúrgicas, que también son ilegales. Muchas de esas clínicas han sido atacadas y destruidas, pero el movimiento por los derechos reproductivos sigue vivo en Polonia. En el mundo entero las mujeres se han organizado y han hecho campaña contra la violación de sus derechos, por salarios justos y empleos bien remunerados, contra leyes de familia y políticas de población restrictivas, y por el apoyo económico después del divorcio.

En síntesis: cualquiera sea el país de que se trate, no alcanza con la mera legalización del aborto. El aborto tiene significados diferentes para las mujeres según la situación en que se encuentren, y tiene también dimensiones de clase, casta, raciales, étnicas y religiosas. Los servicios de salud, tanto públicos como privados, claramente no están equipados para abordar estas diversidades y respetarlas. En el caso de una mujer polaca que fue violada por un grupo de hombres y se procuró asilo en el Reino Unido, su familia ya había vivido muchos años de racismo y abusos en Polonia porque eran rom. La joven había sido violada por un grupo de hombres y herida durante una agresión racista; quedó embarazada y tuvo una hija, que fue a su vez objeto de hostigamiento racista cuando comenzó a asistir a la escuela. El Ministerio del Interior cuestionó la solicitud de la joven, con el argumento de que en Polonia el pueblo rom supuestamente cuenta con la protección del gobierno. Pero gracias a los esfuerzos del Black Women's Rape Action Project (Proyecto de Acción de las Mujeres negras contra la Violación) y de Women Against Rape (Mujeres Contra la Violación), finalmente le fue concedido el asilo. Otra mujer rom huyó de Polonia con su hija, que fuera brutalmente violada cuando tenía 12 años de edad. A pesar de su historia llena de racismo, asesinatos y otras formas de violencia, el Ministerio del Interior también rechazó su solicitud en un comienzo. La intervención de las dos organizaciones de mujeres ya mencionadas logró que también se obtuviera el asilo para esta mujer y su hija.¹²

La Constitución de Polonia garantiza la igualdad de derechos entre hombres y mujeres; sin embargo, esa igualdad todavía no se ha visto realizada en la práctica. El hecho de que a las mujeres y a los hombres se las/os considera iguales en la Constitución puede

ser, en sí misma, una idea que impide percibir las dimensiones de género, porque las circunstancias especiales que afectan a las mujeres —como la violación, el embarazo, la violencia doméstica, la falta de derechos a la propiedad y la tenencia de bienes, y demás— colocan a mujeres y hombres en posiciones que son desiguales. La noción de igualdad formal sería por ende inadecuada para abordar las dimensiones de género en cualquier lugar del mundo; para eliminar la discriminación y para poner la justicia social al alcance de las mujeres, habría que instituir la igualdad sustantiva.

Adicciones

Aunque las adicciones nunca han sido la razón principal que explica la violencia doméstica, es cierto que tienen un impacto en el deterioro de los vínculos, tanto en el hogar como en el lugar de trabajo. En sociedades dominadas por los hombres, las adicciones se transforman en un arma en manos de ellos para humillar, golpear y controlar a las mujeres, las niñas y los niños. En Polonia, la relación entre el alcoholismo y los problemas sociales es alarmante. En una encuesta de opinión realizada a fines de los 90, la bebida y el alcoholismo entre la gente joven se ubicaron en el tercer y cuarto lugar en tanto problemas sociales más importantes en el país. Existen entre 1.000.000 y 1.200.000 personas que abusan del alcohol y tienen problemas de salud. Se estima que la amenaza del alcohol en el hogar afecta a entre 2 y 3 millones de niñas, niños y adultas codependientes, en términos de violencia doméstica.¹³

En el caso de Eleonora, algunos de sus problemas se debieron al abuso del alcohol por parte de su padre. En Polonia existen más de 1.500.000 hijas e hijos de alcohólicos, la mayoría de las/os cuales tienen problemas de salud o personales. Diversas investigaciones han mostrado que el 65% de la violencia doméstica en Polonia está ligada al abuso del alcohol y que el 80% de las cónyuges de alcohólicos son víctimas de violencia doméstica.¹⁴

Por esa razón el alcoholismo es una preocupación importante para la salud pública en Polonia y en el mundo entero. Un mayor acceso a las instituciones de tratamiento y a la rehabilitación resulta imperativo,

así como la intervención en los casos de violencia familiar debidos al abuso del alcohol. Tanto la regulación como las medidas legales (y sociales) para controlar la venta de alcohol resultan esenciales.

Obstáculos sociales, culturales y religiosos

Familia

El hogar en el que vive Eleonora, dominado por el padre, ha tenido consecuencias enormemente negativas para ella. El control que ejerce la familia sobre la educación, la movilidad, las amistades, el cuerpo y otras dimensiones de la vida de Eleonora ya ha sido analizado más arriba. Pero, lo que es peor aún, el Estado ha comenzado a mostrar su postura pronatalista de una manera que va a limitar cada vez más los derechos de las mujeres. Como respuesta al descenso de la tasa de nacimientos en Polonia, el Estado está alentando los partos. La Constitución afirma que “el matrimonio, al ser la unión entre un hombre y una mujer, así como la familia, la maternidad y la paternidad, deben colocarse bajo la protección y el cuidado de la República de Polonia.” Así, las políticas católicas, pronatalistas y conservadoras del Estado polaco son compatibles con los esfuerzos por consolidar a la familia como unidad nuclear formada por un hombre-jefe del hogar, una mujer y las hijas e hijos de la pareja. Esta definición deja afuera a las madres solteras, o padres solteros, a las parejas que no están casadas, a las amigas o amigos que conviven, y también a las personas cuya orientación sexual es diferente de la heterosexual. Las leyes y políticas de empleo promueven la maternidad, haciendo que a las mujeres les resulte difícil volver a ingresar a la fuerza laboral en igualdad de condiciones que los hombres.

Recientemente, el gobierno ha presentado al Parlamento un proyecto de ley de alivio impositivo para las familias, que da un trato preferencial a las familias de bajos ingresos que tengan por lo menos dos hijas/os. Por supuesto, no todas las mujeres que califican para ese beneficio mínimo lo han recibido.¹⁵ Por el contrario, en la India, la política de población antinatalista discrimina a quienes tienen más de dos hijas/os.¹⁶

Sistema político / políticas de Estado

En nombre de las reformas del sector salud, Polonia ha sido testigo de una erosión continuada de su sistema de salud pública, a medida que el Estado ha dejado de responsabilizarse por la prestación de servicios médicos. El elemento central de la reforma del sector salud se ha limitado a eliminar la financiación directa de los servicios de salud por parte del Estado. Pese a todos los defectos del sistema anterior, la Constitución garantizaba “servicios médicos gratuitos para todas las personas.” El colapso de los servicios de emergencia ya ha afectado severamente a las personas. La rápida privatización del sistema bajo diversas empresas de seguros ha reducido el acceso efectivo a los servicios de salud. Una investigación realizada por Internet reveló que una agencia de salud con sede central en Alemania estaba haciendo publicidad de cirugía plástica para várices, trasplantes de cabello e inseminación artificial para ¡las polacas y polacos! Resulta claro que la tendencia entre los servicios de salud se inclina a la creación de nuevas demandas entre quienes pueden pagar, mientras se ignoran las preocupaciones de atención primaria en salud para el resto. No hace falta decir que en un sistema semejante, quienes primero pierden son las/os pobres, las mujeres, las niñas y los niños.

Religión

Más del 95% de la población polaca es católica romana, y casi el 70% de la gente participa activamente en ceremonias religiosas. Las mujeres son más religiosas que los hombres. Al ser el Papa Juan Pablo II nativo de Polonia, la influencia de la religión sobre la familia y la vida social se ha incrementado en forma drástica. En 1998, el gobierno polaco finalmente ratificó el Concordato, un tratado entre Polonia y el Vaticano, borrando de esta forma aún más el límite entre Iglesia y Estado.¹⁷

Bajo la creciente influencia religiosa, se ha exigido a las escuelas que incluyan las enseñanzas religiosas en el plan de estudios. Con la caída del comunismo, la Iglesia Católica exigió y obtuvo la aprobación de un decreto por el que la educación religiosa se volvió obligatoria para todas/os las/os jóvenes en las escuelas, tanto públicas como privadas. La condena al aborto

forma parte de esas enseñanzas. La famosa película antiabortista “El grito silencioso” se ha exhibido en muchas escuelas, y a las niñas y niños se les ha pedido que firmen peticiones contra el aborto.¹⁸

Si bien Polonia puede constituir un caso extremo, la influencia religiosa parece estar en aumento en todo el mundo, fortaleciendo los intentos por limitar el acceso de las mujeres a la atención de su salud reproductiva y al empleo remunerado.

Crecimiento de las políticas conservadoras y de derecha en Polonia y en el resto del mundo

La mayor parte de Europa oriental y central se enfrenta a ataques conservadores y de derecha contra los derechos reproductivos, especialmente el derecho de las mujeres al aborto. De hecho, se ha informado que en las salas de espera de algunas clínicas de planificación familiar se han colocado fotografías enormes del Papa Juan Pablo II, a todo color. Como aliada destacada del Vaticano, Polonia ha revertido la mayoría de los derechos reproductivos de que las mujeres habían gozado anteriormente.¹⁹ Incluso la negativa de Polonia a sumarse a la Unión Europea puede haberse debido a la posición de la mayoría católica del país, que quiere reformar la legislación vigente sobre el aborto, en detrimento de las mujeres polacas.

Naturaleza de la intervención requerida, indicadores de una mejor condición sanitaria para las mujeres, instituciones y actores involucrados

Las siguientes intervenciones resultarían esenciales para abordar algunas de las preocupaciones que pone de manifiesto la historia de Eleonora:

Para generar cambios positivos en las vidas de las mujeres, resultaría esencial introducir cambios en leyes y políticas. Algunos de los cambios podrían ser: incluir la dimensión de género en los servicios de salud (capacitación permanente, presencia de trabajadoras de la salud durante las revisiones médicas, más mujeres médicas en las clínicas donde se realicen exámenes ginecológicos, etc.); utilizar los tratados

internacionales para garantizar los derechos de las mujeres; dismantelar las políticas de población que manipulan las capacidades productivas y reproductivas de las mujeres; y garantizar que se tornen efectivos los derechos constitucionales que tienen que ver con las mujeres.

El acceso a la atención de la salud debería incluir la garantía de acceso universal a servicios de salud integrales, que incluyan los servicios de salud reproductiva para las mujeres; incrementar el acceso de las mujeres rurales a la atención en salud; acrecentar el acceso de las mujeres al aborto seguro y a métodos seguros de anticoncepción. Esta estrategia debería incluir el acceso a la educación sexual; por ello, garantizar que continúe y se profundice la educación sexual en las escuelas sería parte de esta estrategia.

Abordar el tema de la mala praxis y el abuso por parte de los médicos exige que los/as profesionales de la salud de los sectores públicos y privados estén reguladas/os. Las usuarias necesitan que se les informe acerca de sus derechos cuando acuden a los servicios médicos; al mismo tiempo, el Estado debe asumir la responsabilidad de proteger a quienes procuran acceder a los servicios de salud y ofrecer medios de reparación para aquellas cuyos derechos han sido violados.

Es imposible tornar verdaderamente efectivos los servicios de salud a menos que se aborden con seriedad las cuestiones sociales. Entre las intervenciones fundamentales para abordar la violencia doméstica estarían las siguientes: crear servicios para mujeres, niñas y niños que hayan sufrido abusos (terapia, consejería, justicia, etc.); asegurar la participación de las mujeres en el hogar (que puedan dejar a un compañero violento, autonomía, etc.); incrementar la responsabilidad de los hombres en la anticoncepción.

Que las mujeres obtengan un mayor acceso al empleo remunerado y puedan enfrentarse a la violencia se puede lograr no solo a través de intervenciones legislativas y gubernamentales, sino también mediante la movilización social. Organizar a las mujeres en cuestiones de violencia, tanto dentro como fuera del hogar, resulta esencial para presionar al Estado.

Por último, la secularización de los servicios de salud (separar el acceso a la atención de la salud de la religión) será el tema más difícil, el que representa el mayor desafío en Polonia. Por ello, sin una campaña a largo plazo, los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres se verán recortados y violados constantemente.

Los actores involucrados en la generación de estos cambios serán: las organizaciones de mujeres; los grupos progresistas, de base comunitaria y que se dediquen a las campañas, la gestión y la defensa; las organizaciones seculares, los grupos progresistas de la Iglesia, las/os profesionales de la salud éticas/os y los grupos internacionales que puedan ejercer presión. La tarea no es fácil, pero los esfuerzos persistentes que se realicen por incluir la educación sexual en las escuelas, por poner los servicios de anticoncepción segura y de aborto a disposición de todas las mujeres y por cambiar las actitudes de quienes van a la iglesia y de las/os familiares, por lo menos servirán de contrapunto para que la gente pueda repensar sus posturas. La promulgación de leyes que sean favorables a las mujeres (por ejemplo, que permitan el aborto en caso de abuso sexual contra una menor) y que remitan a ciertos derechos constitucionales (por ejemplo, la igualdad entre hombres y mujeres) podrían ser puntos de partida para esta campaña a largo plazo.

Diálogos entre diferentes esferas de acción

La atención de la salud y los derechos humanos

La salud de las mujeres ha estado garantizada en Polonia mediante las Directrices incluidas en la Plataforma de Acción, el documento final de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995), en los siguientes aspectos:

1. Atención a la salud de las mujeres en todos los estadios de su ciclo vital.
2. Disponibilidad de especialistas, servicios y asistencia médica amigables para con las mujeres, con énfasis especial en las necesidades de las mujeres en las zonas rurales.

3. Educación para la salud y promoción de estilos de vida saludables.
4. Medidas de reparación e inversión en la salud de las mujeres.
5. Salud reproductiva.
6. Cobertura de los aspectos económicos implicados en la atención médica apropiada para las mujeres.

El desafío consiste en tornar “reales” estos derechos constitucionales; es decir, en hacer que pasen del estadio “*de jure*” al “*de facto*”.

La apropiación de sus derechos por parte de las mujeres

Según la Constitución polaca, las mujeres gozan de igualdad de derechos. El Programa Nacional de Acción para las Mujeres del gobierno polaco, garantizó la plena igualdad entre mujeres y hombres, y se comprometió a eliminar todas las barreras para que las mujeres pudieran gozar plenamente de sus derechos y participar en forma activa en todas las áreas de la vida pública.²⁰ Aunque también coloca a las mujeres “en paridad” con los hombres, este concepto necesita analizarse un poco más, ya que en este enfoque es posible que no se reconozcan ni se respeten las diferencias biológicas y sociales que existen entre hombres y mujeres.

Polonia también ha ratificado la Convención de la Mujer y ha presentado segundos y terceros informes periódicos en la 10ma sesión de la CEDAW en 1991. Por ello, se ha comprometido a cumplir con sus obligaciones internacionales. Hace falta ejercer presión interna e internacional para que se deroguen las leyes polacas que perjudican a las mujeres, sobre todo las relacionadas con los derechos reproductivos, invocando el hecho de que el país ha ratificado tratados de la ONU relativos a los mismos. Para ello hace falta organizar a las mujeres y consolidar las campañas que ya existen en torno a sus derechos sexuales y reproductivos, así como los esfuerzos de gestión y defensa que apunten a los elementos más progresistas del gobierno actual.

La violencia como tema de salud pública y de derechos humanos

Aunque aproximadamente la tercera parte de las mujeres polacas reconoce haber sido víctima de violencia doméstica, las autoridades no lo consideran un tema serio.²¹ En verdad, desde que el gobierno de Solidaridad llegó al poder en 1997, la situación se ha deteriorado. En Polonia, todavía es muy incipiente la conciencia social acerca de que el tema de la violencia doméstica representa una gran amenaza para la salud y la vida de las mujeres. Lo mismo podría decirse de muchos otros países. Educar a la sociedad y a quienes diseñan las políticas acerca de las consecuencias sociales, económicas y de salud de ejercer violencia contra las mujeres —específicamente del hecho de que la violencia doméstica representa el peligro más grave para la salud y la vida de las mujeres— se ha convertido en un tema prioritario para las organizaciones de mujeres en Polonia. Como parte de esta campaña, se exhibirán afiches, folletos y otros materiales en las estaciones de policía, oficinas de la Fiscalía, municipalidades, instituciones médicas y en el transporte público. De esta manera, algunas organizaciones de mujeres en Polonia están difundiendo una mayor cantidad de información, haciendo comprender que la violencia contra las mujeres es un tema serio para la salud pública.²²

El establecimiento de centros para la atención de mujeres que viven situaciones violentas en momentos de crisis, con servicios legales, médicos, terapéuticos y vocacionales, resulta extremadamente necesario en todas las sociedades. Malasia, Filipinas y la India han probado con servicios de derivación hospitalaria y con centros de crisis que concentran “todos los servicios en un solo lugar”, ubicados dentro de los hospitales. La capacitación intensiva (sobre género, violencia, consejería y coordinación) de todo el personal del hospital y la creación de vínculos con la policía son parte fundamental de estos proyectos. Esfuerzos como los mencionados se deben intensificar y multiplicar. ■

Notas

1. Las estadísticas oficiales señalan que en las décadas de los 70 y 80 se realizaban casi 100.000 abortos por año en Polonia. La Nueva Ley de Planificación Familiar, aprobada por el Parlamento polaco en 1993, canceló los motivos “sociales” para acceder al aborto. Así, en 1997 solo se realizaron 3.047 abortos legales en clínicas públicas de Polonia, cifra que cayó a 310 en 1998. Cuando en 1996 se revisó la ley para permitir el aborto por dificultades económicas, esa enmienda fue rápidamente cuestionada ante el Tribunal Constitucional, argumentando que la nueva Constitución polaca garantiza el derecho a la vida desde la concepción (Krzysztof Madel, S. J., “Poland: Religious Life in the Civil Society”. Documento y dossier presentado en un seminario para católicas/os chinas/os que visitaban Cracovia, Polonia, el 21 de agosto de 2002). Disponible en línea en: www.jezuici.krakow.pl/centrum/txt/madel_church_in_poland.htm.

2. “Reproductive Freedom”. Panel resumen del Workshop on the Status of Women in the New Market Economies, auspiciado en conjunto por NEWW y la Facultad de Derecho de la University of Connecticut, 13-15 de abril de 1996. Disponible en línea en: <http://www.geocities.com/Athens/2533/summary6.html>.

3. Gender Watchers, “Poland and Birth Control”. Disponible en línea en: <http://www.genderwatchers.org/Legend/PolanBControl.htm>.

4. “Reproductive Freedom”, Panel resumen, *op. cit.*

5. En el caso de la India, el tema del aborto se complica todavía más por los abortos que se practican como forma de selección sexual: durante el embarazo, se determina el sexo del feto y los fetos femeninos son abortados. La ley de Técnicas para el Diagnóstico Prenatal, de 1994, prohíbe la prueba para determinar el sexo, pero la fuerte preferencia por los hijos varones en la India hace que resulte muy difícil implementar esta ley. El gobierno de la India también toma a las mujeres —sobre todo a las pobres, rurales o de sectores marginados de la sociedad— como blanco de su política para el control poblacional. Cada vez

más anticonceptivos controlados por los fabricantes, irreversibles, invasivos e inseguros se abren camino hacia los programas de planificación familiar. Aunque los programas focalizados han sido oficialmente prohibidos, todo el tiempo se proponen y aceptan incentivos para no tener más de dos hijos o hijas.

6. Manisha Gupte, Sunita Bandewar y Hemlata Pisal, “Women’s Perspectives on the Quality of General and Reproductive Health Care: Evidence from Rural Maharashtra”, en *Improving Quality of Care in India’s Family Welfare Programme: The Challenge Ahead*. Michael A. Koenig y M.E. Khan, eds. Nueva York: Population Council, 1999, pp. 117-139.

7. Manisha Gupte, Sunita Bandewar y Hemlata Pisal, “Abortion Needs of Women in India: A Case Study of Rural Maharashtra”, en *Reproductive Health Matters* N° 9, mayo de 1997, pp. 77-86

8. The Polish Federation for Women and Family Planning, “Reproductive Rights in Poland”. En línea en: <http://www.waw.pdi.net/~polfedwo/english/back.htm>.

9. “Solidarity Loses Polish Parliament Vote on Sex Education in School”, *Catholic World News*, 31 de diciembre de 1997. En línea en: <http://www.cwnews.com/news/viewstory.cfm?recnum=6619>.

10. Gupte, *et al.*, “Abortion Needs”.

11. Center for Reproductive Law and Policy, *Women of the World: Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives. East Central Europe*, Nueva York: CRLP, 2000, Capítulo 6, Polonia, pp. 100-125. Información obtenida en el sitio web del Center for Reproductive Law and Policy (recientemente renombrado Center for Reproductive Rights), http://www.crlp.org/pub_bo_wowece.html.

12. Crossroads Women’s Centre, “Winning Asylum From Rape”. Carta publicada en el sitio de la National Coalition of anti-Deportation Campaigns. En Internet: <http://www.ncadc.org.uk/letters/news24/rape.html>.

13. Jerzy Mellibruda, “Alcohol-related problems in Poland”, *The Globe*

Magazine 1, 2001. Disponible en línea en: <http://www.ias.org.uk/yheglobe/221issue1/poland.htm>.

14. *Ibíd.*

15. Center for Reproductive Law and Policy, *op. cit.*, p. 107.

16. En la India la situación es la contraria: quienes no cuentan con incentivo alguno son las parejas que tienen más de dos hijos/os. Pero estas situaciones, en apariencia contradictorias, tienen algo en común: la reproducción de las mujeres está monitoreada y controlada por la familia y el Estado, según la situación económica, las demandas laborales, la raza, la religión y la clase de las personas involucradas. Por eso es posible para un mismo gobierno adoptar dos políticas poblacionales completamente opuestas para segmentos distintos de la ciudadanía.

17. Madel, *op. cit.*

18. “Reproductive Freedom”, Panel resumen, *op. cit.*

19. Gender Watchers, *op. cit.*

20. Parte de la esencia y los objetivos del Programa de Acción Nacional para las Mujeres en Polonia hasta el año 2000.

21. *Ibíd.*

22. Open Society Institute - Budapest, Programa de Mujeres, “16 Days Media Campaign 10 Combat Violence Against Women”. En línea en: <http://www.osi.hu/vaw/Projects/Poland.htm>.

Otras referencias

“Issues of Contemporary Medicine”, *The Warsaw Voice* N° 32 (511), 9 de agosto de 1998.

Life Coalition International, “Poland Wipes Out Abortion”. En línea en: <http://www.lifecoalition.com/poland1.html>.

Brigitte Fchlau, “Health Services as an Economic Factor- The Example of Poland.” En línea en el sitio web de World Socialist: <http://www.wsws.org>.

El caso de Eleonora: un análisis de violaciones de los derechos humanos

Urszula Nowakowska

La autora dirige el Centro por los Derechos de las Mujeres en Varsovia, Polonia, que trabaja para garantizar que los derechos de las mujeres y la igualdad de género estén protegidos por la ley y que se implementen en la práctica.

Definición de los temas

Los derechos reproductivos, como todos los derechos humanos, se basan en los valores fundamentales de la dignidad y la igualdad humanas. El control sobre la reproducción y la sexualidad es un elemento esencial de la dignidad humana y una precondition vital para la capacidad de las mujeres de ejercer otros derechos y satisfacer otras necesidades básicas. Sin embargo, los derechos reproductivos no deberían verse solo como instrumentos, como medios para la realización de otros derechos, sino que constituyen derechos por y en sí mismos,¹ y se basan en el reconocimiento de que todas las personas y las parejas tienen el derecho a decidir en forma libre y responsable sobre el número, espaciado y oportunidad de su descendencia, lo que viene acompañado del derecho a la información y a otros medios para poder hacerlo.² Es fundamental definir los derechos reproductivos, no solo en términos de la toma de decisiones sino también en cuanto a su implementación. El derecho abstracto a decidir carecería de significado si no existieran las condiciones necesarias para llevar adelante las decisiones que se tomen.

En la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (El Cairo 1994), la salud reproductiva se describió como “un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”.³ Además, las decisiones reproductivas de las personas deberían estar libres de discriminación, coerción y violencia.⁴ El hecho de colocar los derechos reproductivos en el contexto de los derechos humanos, y verlos como derechos independientes pero también como requisitos para poder ejercer otros derechos, refuerza las demandas de acciones positivas que busquen crear condiciones que permitan a las personas llevar vidas dignas.

En este caso, son varias las violaciones de los derechos humanos que requieren de atención. También existen vínculos visibles entre esas violaciones y las preocupaciones en materia de salud reproductiva. Es posible identificar los siguientes abusos contra los derechos humanos:

El derecho a la dignidad, la libertad y la seguridad personales⁵

En primer lugar, la dignidad, la libertad y la seguridad personales de Eleonora, tal como las definen los artículos 1 y 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, así como otros documentos internacionales de derechos humanos relevantes y en el plano nacional la Constitución polaca, fueron violados por su padre y por su médico. El padre no conversó con ella acerca de los problemas que la afectaban y tampoco le expresó sus preocupaciones por la relación que ella pudiera estar manteniendo con el joven que la acompañaba a la casa. No tuvo en cuenta el posible impacto negativo del divorcio en el desempeño escolar de Eleonora, y no hizo nada por atenuar ese impacto. Su decisión de enviarla al médico no surgió de una preocupación por su hija como persona sino de la sospecha de que ella pudiera estar embarazada. No intentó ganarse la confianza de la adolescente, con lo que podría haber logrado que Eleonora compartiera los problemas y las alegrías de su vida con él. En lugar de enterarse de cuáles eran los problemas que su hija tenía en la escuela y de explicarle por qué había decidido divorciarse, la envió al médico. Si realmente le hubieran preocupado el bienestar personal, la dignidad, la libertad y la seguridad de su hija, primero habría hablado con ella y no se hubiera limitado a enviarla a un ginecólogo.

Esta decisión importante y personal debería haber sido conversada con Eleonora y aceptada por ella, que tiene la madurez suficiente como para decidir en un tema tan importante como la visita a un ginecólogo. No debería haber sido dispuesta la consulta sin su consentimiento, basada en la sospecha acerca de su embarazo y no en una preocupación por su salud. Aunque esta es una acción tomada por un individuo, el Estado está obligado a actuar y a crear condiciones para que las ciudadanas realicen sus derechos humanos y para protegerlas de violaciones cometidas por actores privados.

Con respecto al médico, resulta claro que es quien violó de la forma más grave los derechos de Eleonora a la dignidad, la libertad y la seguridad personales, al haber abusado sexualmente de ella. No podemos minimizar el hecho de que ella también fue privada de su dignidad humana cuando no se le dio explicación alguna acerca del procedimiento médico, de modo que pudiera prepararse para ser revisada. Se le dijo que se quitara la ropa —lo que no era necesario— y se le hicieron preguntas que no tenían nada que ver con el examen ginecológico al que se la estaba sometiendo. La descripción de la conducta del médico no deja duda alguna de que el bienestar y la dignidad de su paciente no eran los principios que guiaban sus acciones.

El derecho a vivir libre de agresión y explotación sexual⁶

Eleonora fue agredida sexualmente por el médico, que violó así los derechos fundamentales que a ella le están garantizados por muchos instrumentos internacionales, incluyendo la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres. Fue un acto particularmente cruel porque el perpetrador era una persona en quien ella debería haber podido confiar y porque el

acto violento ocurrió en un lugar en el que ella debió haber podido sentirse particularmente segura, donde debió haber podido recibir ayuda y asistencia en caso de necesitarlo. Su juventud hace que la violencia que sufrió resulte especialmente terrible.

En caso de agresión sexual en establecimientos médicos, podemos considerar también la responsabilidad institucional del Estado por no haber brindado protección adecuada a las pacientes mujeres y menores de edad, que resultan especialmente vulnerables.

El derecho a la salud, la salud reproductiva y la planificación familiar²⁷

La violencia sexual cometida contra Eleonora constituye una violación de su derecho al nivel más elevado posible de salud, de acuerdo al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Fue violada por la persona en quien debería haber podido depositar una especial confianza y de quien dependía, lo que puede afectar su bienestar psicológico, resultar en problemas duraderos para mantener contacto sexual con varones, y hacer que disminuya su confianza en otras personas y en ella misma. Además, puede haber quedado embarazada como consecuencia de la violación y este hecho, cualquiera sea la decisión que ella tome, afectará posiblemente para el resto de su vida su salud mental y física.

Por último, la conducta del médico en efecto la privó del acceso a una verdadera atención e información en salud reproductiva, a la cual tenía derecho.⁸ Todo el mundo tiene el derecho a la información acerca de la salud reproductiva y la planificación familiar. Eleonora se vio privada de este derecho tanto por su madre y su padre como por el médico, cuya obligación es informar a las personas jóvenes acerca de sus derechos reproductivos y sobre los métodos para la planificación familiar. También habría que

hacer responsables a las autoridades públicas por la omisión en cuanto a incluir la educación sexual en el plan de estudios.

*El derecho a la vida privada*⁹

Eleonora fue sometida tanto por su padre como por el médico a injerencias arbitrarias en su vida privada, que se expresan a través de los ataques ilegales contra su honor y su reputación cometidos por ellos. Estas acciones violaron legislación con reconocimiento internacional, incluyendo la CDN que en su artículo 16.1 afirma que “Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada”. El padre tenía sospechas acerca del contacto entre Eleonora y su amigo, y decidió invadir la vida privada de la joven enviándola al médico para verificar si estaba embarazada o no. La exigencia del médico en cuanto a que Eleonora se tienda desnuda en la camilla, así como sus comentarios como el de “Entonces, ¿estás embarazada? ¿Con quién has andado?”, también deberían clasificarse como abusos contra el derecho de Eleonora a su vida privada.

*El derecho a vivir libre de discriminación por su género*¹⁰

No cabe duda de que a Eleonora su padre y su médico la trataron de esta manera solo por su género. En Polonia, y en el resto del mundo, a los adolescentes varones de su edad no se los trata con ese grado de sospecha y tienen más libertad para relacionarse con el sexo opuesto. Existe un doble estándar gracias al cual lo que resulta normal en los varones se torna sospechoso cuando son mujeres quienes lo llevan a cabo.¹¹

*El derecho a decidir libremente el número y espaciamiento de las/os hijas/os*¹²

Si Eleonora queda embarazada, su derecho a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijas/os habrá sido violado. Si ella quiere interrumpir su embarazo, puede verse privada de este derecho humano fundamental, y toda su vida se verá afectada. Polonia tiene una de las leyes de aborto más restrictivas que existen. El aborto es legal solo cuando el embarazo es producto de un acto criminal, pero

en la práctica el acceso a los servicios de aborto seguro resulta bastante difícil de lograr. Como el “acto criminal” tiene que ser confirmado por el fiscal, Eleonora tendría que denunciar la violación que sufrió.

Pero, incluso si ella decidiera hacerlo y lograra la documentación y la autorización necesarias, podría enfrentarse a problemas prácticos para que se le realice el aborto. Muchas/os médicas/os e incluso hospitales enteros se niegan a realizar abortos, en algunos casos por motivos religiosos y en otros por no tener la valentía necesaria para brindar abiertamente servicios de aborto en el hospital. También hay quienes prefieren cobrar y realizar el aborto en privado. Además de todo eso, puede suceder que su madre y su padre no la autoricen.

Actores/instituciones

La violación es un acto criminal, y es el sistema de justicia penal el que debería ser responsable por el monitoreo y la reparación de sus consecuencias. Pero para iniciar un proceso penal, se debe acusar formalmente al médico. Según la ley polaca, en el caso de abuso sexual de una/un menor de 15 años de edad, el procedimiento puede iniciarlo la Fiscalía. Si Eleonora tiene más de 15 años, su madre y su padre son quienes deben acusar al perpetrador; si se niegan a hacerlo o si ella está en desacuerdo con la decisión de su madre y su padre, Eleonora puede solicitar un/a representante legal.¹³

Pero Eleonora ni siquiera se atrevió a hablar de lo que le había sucedido con nadie que no fuera su hermana mayor. La hermana debería hablar con Eleonora acerca de la posibilidad de involucrar a la madre y al padre en la situación, antes de emprender acción alguna. También pueden pensar en la posibilidad de consultar a un/a psicólogo/a escolar o a alguna/o de las/os docentes de Eleonora, que pueda brindarle apoyo y asistencia en esta situación difícil.

Si las/os adultas/os no la apoyan, la hermana debería acompañarla a visitar a otra ginecóloga para descubrir si Eleonora está o no embarazada. Si se confirma el embarazo y decide realizarse un aborto, Eleonora

debe solicitar a la Fiscalía el certificado necesario para poder acceder a un aborto legal, y debe contar con el consentimiento de su madre y de su padre o solicitar representación legal para defender su derecho a decidir.

Si Eleonora finalmente decide contarles lo que le sucedió, su hermana, su madre y su padre deberían alentarla a presentar cargos penales contra el médico. Al director de ese centro de salud en particular, habría que informarle sobre el acto criminal cometido por el médico, y debería encararse como acción inmediata la suspensión de su práctica médica y la investigación del caso.

En un sentido más amplio, la falta de educación sexual tiene como resultado que la vida sexual sea percibida como un tabú, un tema del que no se debería hablar entre madres, padres, hijas e hijos. La madre y el padre de Eleonora no hablaron con ella sobre temas ligados a la sexualidad, y el resultado fue que ella no se atrevió a contarles lo que le había sucedido. La conducta de Eleonora demuestra claramente su desconocimiento de la sexualidad y de sus derechos. Por ejemplo, ella no sabía que el médico de familia no debió haberle pedido que se tendiera desnuda sobre la camilla.

Las autoridades públicas responsables de los programas escolares, así como las ramas legislativa y ejecutiva del gobierno son responsables por lo que ha padecido Eleonora. Si la hubieran ayudado a tomar más conciencia de sus derechos y si conociera mejor su sexualidad, hubiera reivindicado sus derechos de una manera más firme y hubiera emprendido las acciones adecuadas contra el médico. El hecho de que Eleonora fue enviada al médico debido a las sospechas de su padre acerca de su posible embarazo, y de que esa consulta fuera concertada sin su participación ni consentimiento reforzó su falta de confianza en el padre. Esta situación de desconfianza mutua entre hija y padre puede haber contribuido a disminuir las inhibiciones del médico y a facilitar el abuso sexual de Eleonora, ya que el médico debe haber sabido que no existían muchas posibilidades de que el padre creyera las acusaciones de su hija.

Naturaleza de la intervención/respuesta

En caso de diferencia de opiniones, la opción que prefiera Eleonora debe ser la determinante.

Entre las medidas necesarias para la realización progresiva de los derechos reproductivos (y otros vinculados con éstos) en el caso de Eleonora y de otras mujeres jóvenes se encuentran las siguientes:

1. Se les debería brindar un mayor acceso a la información sobre derechos sexuales y reproductivos, así como sobre los derechos de las pacientes, lo que permitiría a las jóvenes ejercer sus derechos en forma consciente y así disminuir la posibilidad de sufrir abusos. Esto debería hacerse, entre otras cosas, mediante la introducción de la educación sexual en las escuelas. En la actualidad, en Polonia el acceso de las personas jóvenes a la educación sexual en las escuelas depende del consentimiento de sus madres y padres.

Las y los jóvenes deberían contar con educación sexual como parte fundamental del plan de estudios escolar, y este tema debería introducirse en las escuelas sin importar la voluntad paterna. Los textos de estudio y los métodos de enseñanza deberían estar basados en el principio de la igualdad de género y brindar a las/os jóvenes la información relevante que necesitan para tomar decisiones responsables acerca de sus vidas sexuales y reproductivas.

Para dar respuesta a las violaciones de sus derechos humanos a las que se ha enfrentado Eleonora, se deberían encarar las siguientes acciones:

- Iniciar una investigación penal contra el médico por violación (de acuerdo al artículo 197.1 del Código Penal polaco).¹⁴
- El supervisor del médico debería iniciar un procedimiento interno para investigar la veracidad de las acusaciones.
- Se debería suspender al médico mientras esté en curso la investigación penal.

- Eleonora debería pasar por una revisión médica adecuada y recibir apoyo psicológico.
 - La madre y el padre de Eleonora deberían ser informados acerca de la situación y convencidos de apoyar a su hija.
2. Se deberían introducir modificaciones a la ley penal que permitan investigar penalmente acusaciones de violación sin que la víctima realice una denuncia formal. En Polonia, la violación es un acto criminal y la Fiscalía debería ser quien lleve estos casos ante los tribunales. Las víctimas de violación pueden, si así lo desean, iniciar también una causa civil y pedir compensación por daños.
 3. Las mujeres jóvenes maduras —y no sus madres y/o padres— deberían tener el derecho legal de tomar decisiones en materia reproductiva. Las madres y padres pueden dar consejos, pero no deberían tener la voz decisiva en cuestiones que afectarán la vida entera de las mujeres jóvenes. Tampoco las madres y/o padres deberían decidir si interrumpir o no el embarazo de una hija que tiene la madurez suficiente como para tomar su propia decisión.
 4. En las clínicas y hospitales se debería colocar, en lugar visible, información sobre los derechos de las/os pacientes.¹⁵
 5. Deberían lanzarse campañas educativas para crear conciencia entre las madres y los padres, y alentarlas/os a romper el silencio y abolir los tabúes acerca de la sexualidad, las decisiones y los derechos reproductivos. Esto podría hacerse de varias maneras, como por ejemplo utilizando folletos, afiches en los establecimientos médicos, programas de TV y radio, carteles publicitarios o campañas que se difundan por medios de comunicación masiva.
 6. Se deberían encarar iniciativas para sensibilizar a las/os médicas/os y al resto del personal médico acerca de los derechos de las/os pacientes y la necesidad de respetar esos derechos. Además de expandir el plan de estudios de las facultades de medicina (ver N° 7 más abajo), habría que alentar a las/os médicas/os a participar en programas y seminarios de capacitación donde puedan obtener el conocimiento y las habilidades necesarias para mejorar la calidad de las relaciones entre médicas/os y pacientes.
 7. Se debería introducir y promover un enfoque de derechos humanos en el plan de estudios de las facultades de Medicina. Dichos planes deberían ampliar la estrecha visión de la salud solo como ausencia de enfermedad y de la educación médica como el mero aprendizaje de métodos clínicos. El derecho a la salud debería ser visto desde una perspectiva de derechos humanos y, siguiendo la definición de la OMS, debería permitir a las/os futuras/os médicas/os pensar su trabajo en un contexto social más amplio, donde el derecho a la salud sea interdependiente de otros derechos humanos y se relacione con ellos.
 8. Debería expandirse el acceso a servicios de salud reproductiva en los cuales las mujeres jóvenes puedan contar con revisiones médicas y apoyo psicológico adecuados. Deberían introducirse programas especiales para alentar a las mujeres jóvenes a utilizar los servicios de salud reproductiva existentes. Las/os médicas/os que presten estos servicios deberían tener una sensibilidad especial frente a las necesidades de la gente joven y las barreras que se les presentan para hablar de estos temas.
 9. A las/os pacientes se las debería tratar con respeto y brindarles toda la información necesaria para que puedan tomar decisiones informadas acerca de su salud. En la actualidad, en Polonia y en otras partes del mundo se suele tratar a las/os pacientes como a personas ignorantes que no son capaces de entender información especializada y tomar decisiones racionales.
- Muchas veces las/os médicas/os ni siquiera intentan explicar a las/os pacientes las opciones que existen, o las consecuencias de determinadas decisiones; en lugar de brindarles información, simplemente indican a las/os pacientes lo que deben hacer.

10. Las/os médicas/os y el personal médico en general que no respeten los derechos de las/os pacientes deberían ser obligadas/os a responsabilizarse por sus actos. Deberían existir procedimientos administrativos internos claros y las/os pacientes cuyos derechos han sido violados deberían tener a su disposición mecanismos legales de reparación. A quienes abusan de las/os pacientes, se les debería imponer sanciones financieras y de otras clases.

11. Las buenas prácticas deberían ser promovidas. Por ejemplo, se podrían organizar competencias para reunir información acerca de las buenas prácticas y recompensarlas. Un periódico polaco —la *Gazeta Wyborcza*— organizó una campaña “Por el parto humanizado” que duró varios años y contribuyó a mejorar las condiciones en los hospitales, además de alentar los partos en los que se tenga en cuenta a la familia. El periódico publicó escalas de calificación de los mejores hospitales junto con cientos de cartas de mujeres que describían las condiciones existentes en los hospitales en los que habían dado a luz. Esa campaña promovió una mejora en la calidad de la atención e introdujo una competencia sana que contribuyó a elevar los estándares en todos los hospitales. Además, la experiencia del parto dejó de ser tabú en el debate público. La campaña también logró disminuir el poder de los médicos para la toma de decisiones —terreno que hasta entonces había sido casi exclusivo de ellos— y empoderó a las mujeres, que fueron tratadas en forma más humana, en tanto partes interesadas y no como objetos de las decisiones de los médicos.

Los casos individuales y las políticas sociales

El análisis de casos individuales muestra cómo las normas legales, culturales, religiosas, de género y sociales vigentes afectan las vidas reales de las personas. La ley y las políticas sociales no se pueden crear en el vacío: antes de adoptar alguna política se deberían analizar sus consecuencias para diversos grupos sociales. El verdadero impacto de una

ley o una política determinada suele verse mejor cuando se estudian casos individuales. También, las “historias de la vida real” apelan a las emociones de la gente y por eso son una herramienta poderosa que puede generar acciones para el cambio. Sin embargo, el uso de los casos individuales puede ser más fuerte si se los presenta como ejemplos de un problema más amplio que afecta las vidas de muchas personas. Por eso, la investigación y las estadísticas ayudan a presentar el caso (individual) de manera más contundente.

Por ejemplo, el caso de Eleonora se puede utilizar para demostrar cómo la falta de educación sexual, el conocimiento insuficiente acerca de sus derechos como paciente, y la insensibilidad así como la actitud patriarcal del padre facilitaron que sufriera abuso sexual e hicieron que resultara más difícil exponer y castigar al perpetrador. Su caso debería utilizarse como un incentivo para introducir cambios legales y políticos que posibiliten el acceso de las jóvenes a la información sobre sus derechos reproductivos. Las jóvenes mayores de 15 años deberían tener el derecho a tomar decisiones acerca de sus vidas reproductivas, especialmente cuando sus madres y/o padres no las comprenden o no existe consenso entre ellas y ellos.

El caso de Eleonora también ha demostrado el fracaso de la legislación vigente en Polonia para abordar de manera adecuada el delito de violación. El sistema existente en realidad tolera la impunidad para el perpetrador si la víctima no lo acusa formalmente. Como sucede con cualquier otro delito grave, en la violación debería poder actuarse de oficio. Quitar esa carga de los hombros de la víctima la haría sentirse menos vulnerable a la presión por parte del perpetrador y enviaría un mensaje claro a la sociedad afirmando que la violación es un delito grave que el Estado va a juzgar, sin importar si la víctima lo denuncia formalmente o no. En todos los otros delitos graves, en Polonia el sistema judicial tiene la obligación de investigar y actuar, lo que significa que la investigación oficial no depende de que la víctima inicie acciones legales. Si existen causas que indiquen la probabilidad de que se haya cometido el delito, la Fiscalía tiene la obligación de iniciar una investigación.

Sin embargo, también pueden surgir conflictos entre la reivindicación de derechos individuales y la formulación de políticas generales. Utilizar un caso individual para mejorar una política social puede, en algunos casos, tener como resultado la estigmatización de la víctima y la violación de su derecho a la vida privada. También puede haber un conflicto de intereses con otros grupos sociales afectados por los cambios políticos que se procuran. Por eso, antes de introducir cualquier cambio en una política social sobre la base de la reivindicación de los derechos de personas concretas, se debe analizar con cuidado el impacto de ese cambio sobre los derechos de otros grupos sociales y de las demás personas. Encontrar un equilibrio entre los derechos de las víctimas y los de sus victimarios en los procedimientos penales, o determinar cuál es el equilibrio adecuado entre los derechos de las niñas y los niños, y los de sus madres y padres, no son tareas fáciles.

En el caso de Eleonora, algunas personas pueden pensar que sus derechos a la información, la libertad y la vida privada entran en conflicto con los derechos y responsabilidades de las madres y padres con respecto a sus hijas e hijos. Este conflicto se puede resolver tomando en cuenta las garantías que contiene la Convención sobre los Derechos del Niño,¹⁶ así como la edad de la hija o hijo y su capacidad para decidir de manera responsable acerca de temas que son importantes para su vida.¹⁷ El acceso de las adolescentes a la información acerca de los derechos reproductivos puede tener un impacto significativo sobre su vida entera, y las madres o padres no deberían privarlas de ese derecho. Los derechos parentales no pueden ejercerse de manera tal que priven a sus hijas e hijos del ejercicio de derechos fundamentales que les están garantizados por documentos internacionales de derechos humanos, así como por la legislación nacional.

Otro conflicto puede surgir entre la reivindicación de derechos individuales y la formulación de políticas generales. Centrarse en los derechos individuales puede alentar a otras personas cuyos derechos han sido violados a exigir que las nuevas leyes y políticas incluyan explícitamente su situación específica. Esto puede llevar a leyes que sean demasiado detalladas en lugar de crear disposiciones legales generales

que puedan aplicarse a una variedad de situaciones. Existe el peligro de que al nombrar algunas situaciones específicas en la ley, podamos excluir a otras y que muchas personas cuyas situaciones de alguna manera difieren de las que han sido mencionadas específicamente en la ley queden protegidas de forma limitada o incluso privadas por entero de protección. Otro peligro es que al crear políticas generales basadas en la reivindicación de derechos individuales podamos crear una ley discriminatoria que perjudique a la población mayoritaria o que incremente la posibilidad de conflictos entre los diversos grupos. Por ejemplo, establecer una ley que suspendiera la prohibición de que las mujeres embarazadas trabajen en el turno nocturno — con el argumento de que esa prohibición limita los derechos de las mujeres en el mercado laboral — puede tener impactos negativos en una población más amplia de mujeres que quieren conservar esa protección y creen que la misma es importante para su salud.

Por último, y no menos importante, la experiencia de las defensoras de derechos humanos ha mostrado que a veces la forma más efectiva de reivindicar los derechos individuales es no acompañar esos esfuerzos con una campaña por el cambio social o legislativo. A veces las autoridades están dispuestas a tomar medidas excepcionales para castigar al perpetrador o reconocer alguna otra forma de reparación para una víctima de abusos a sus derechos humanos con la condición de que el asunto se trate en secreto. En casos excepcionales, un acuerdo de esta clase puede inclusive salvar las vidas de víctimas individuales. Por otro lado, la decisión de dejar de lado los esfuerzos por el cambio no debería tomarse con ligereza, porque puede tratarse nada más que de una táctica para la negociación. La opinión de la víctima probablemente debería ser el factor decisivo, aun si dicha opinión no tiene en cuenta el “bien común”, como sucede con las víctimas que aceptan una reparación económica y prometen a cambio abandonar toda acción pública o campaña mediática.

Obstáculos sociales y culturales

Las normas culturales, religiosas y sociales ejercen un impacto sustancial sobre la creación de leyes y su

implementación, y pueden presentar serias barreras al activismo en derechos humanos, como lo muestra el caso de Eleonora. Su familia sigue la tradición patriarcal en la cual el padre ejerce pleno control sobre sus hijas e hijos, y no tiene que discutir sus decisiones con nadie ni explicarlas. El silencio de Eleonora es resultado de la falta de compañerismo y comunicación abierta en la familia; ella sintió vergüenza de contarle a su padre lo que le había sucedido.

Además, los estereotipos de género vigentes hacen responsables a las mujeres de la violencia masculina. En Polonia, como en el resto del mundo, a los hombres que abusan sexualmente de las mujeres les resulta muy fácil encontrar justificativos. Por ejemplo, el médico que violó a Eleonora puede también apoyarse en la fuerza de esos estereotipos: es un “médico respetado” mientras que ella es “apenas una jovencita” en quien no confía ni siquiera su propio padre. En los casos de violación, a las mujeres suelen tratarlas con sospecha. Muchas veces se las culpa por haber provocado al perpetrador por comportarse o vestirse en forma impropia, implicando que “en realidad se merecen” lo que les ha sucedido.¹⁸

Como ya señaláramos, la falta de conocimiento de Eleonora acerca de su sexualidad y sus derechos reproductivos la colocó en una posición más vulnerable frente al médico abusador. Si ella hubiera tenido mayor conciencia de sus derechos, hubiera podido protegerse de manera más efectiva. Esta situación es producto de la fuerte oposición de la Iglesia Católica a cualquier forma de educación sexual. Se supone que las jóvenes no tienen vida ni deseo sexual. Las normas sociales relativas a los derechos reproductivos y sexuales no son ciegas en materia de género, pese a que la Constitución está redactada en forma neutra desde el punto de vista del género. Los derechos y las expectativas son diferentes según se trate de varones o de muchachas. A ellos se les permite, e incluso se les exige, que vivan su iniciación sexual en la adolescencia, mientras que se supone que ellas deben permanecer vírgenes hasta el matrimonio. Aunque las enseñanzas de la Iglesia Católica prohíben las relaciones sexuales prematrimoniales para ambos sexos, en la práctica a los hombres que violan esta regla se los disculpa con mucha mayor facilidad

que a las mujeres. En Polonia la política de la Iglesia también ejerce un fuerte impacto sobre la utilización de los anticonceptivos y sobre las leyes que regulan el acceso a los servicios reproductivos, incluyendo el aborto. La restrictiva ley de aborto es un ejemplo directo de la eficacia del cabildeo realizado por la jerarquía eclesiástica en Polonia.¹⁹

Debemos trabajar para cambiar estos estereotipos sociales y prejuicios de género que sirven de justificación a los perpetradores y colocan la responsabilidad en las víctimas. En los casos de violación, el pasado de la víctima y su conducta muchas veces se analizan con mucho más detalle que los del perpetrador. A veces la acusan de vestirse de manera indecorosa o de haber estado caminando en el lugar equivocado a una hora en la que no debía haberlo hecho y en compañía de quien tampoco debía.²⁰ Los estereotipos y prejuicios de género tienen que ser abordados en los planes de estudio de las escuelas; también la igualdad entre mujeres y hombres debería ser un principio guía en los programas de estudio.

Los recursos económicos de las mujeres

El pleno goce de los derechos humanos fundamentales depende en gran medida de la condición económica de las personas y los grupos sociales. La estructura social patriarcal profundiza la pobreza y crea un nivel de dependencia y vulnerabilidad económicas que contribuye en forma directa a la imposibilidad para las mujeres de afirmar el control sobre sus vidas reproductivas y sexuales.²¹ El acceso limitado a la información sobre los derechos sexuales y reproductivos, así como la falta de servicios de calidad tienen un fuerte impacto sobre el ejercicio de la libertad de decisión y de otros derechos humanos fundamentales, sobre todo de las personas pobres y de las/os jóvenes. Las leyes y políticas sociales deberían abordar estos aspectos y no solo garantizar la igualdad formal, sino también incluir políticas para asegurar la igualdad de oportunidades en la esfera pública así como en la privada.

Para que los derechos humanos tengan sentido en la práctica, la información sobre salud y servicios reproductivos debería estar garantizada, sin costo y

fácilmente accesible a todas las personas. Los gobiernos deben abordar la discriminación por género en el mercado laboral y la desigualdad en cuanto al acceso a los recursos económicos. Cuando alegan contar con recursos limitados, se trata solo de una excusa. Los recursos siempre parecen ser limitados, la cuestión es cómo los asignamos. Y eso depende de las decisiones y de las prioridades acerca de adónde van a ir esos recursos limitados. Son decisiones que se basan en cálculos políticos que no son ciegos en materia de género. Las prioridades de los hombres que detentan el poder son diferentes de las de las mujeres. Por ser especialmente las mujeres, y no los hombres, quienes son responsables por la planificación familiar y las “preocupaciones familiares”, ellas tienen una perspectiva diferente sobre el tema. En este sentido, los presupuestos con mirada de género son un tema relativamente nuevo, y existe gran necesidad de un análisis de género del gasto público. Cuando lo hagamos, seguramente encontraremos muchos ejemplos de discriminación por género en la asignación de los recursos existentes.

Indicadores

Respecto a los indicadores para medir el progreso en cuanto al abordaje de los temas que presenta este caso —o su ausencia—podrían tenerse en cuenta algunos de los siguientes:

- Estadísticas sobre salud reproductiva de las mujeres.
- Estadísticas acerca del uso de anticonceptivos.
- Estadísticas acerca del número de abortos.
- Estadísticas acerca de la edad en la cual las mujeres dan a luz.
- Estadísticas acerca de la mortalidad infantil.
- Número de clínicas y otros lugares especializados en salud reproductiva de las mujeres, donde pueden recibir tratamiento e información de calidad.
- Acceso de las y los jóvenes a una educación sexual de calidad.

- Cambios legislativos en materia de derechos reproductivos y violencia contra las mujeres, que brinden más opciones y protección a las mujeres cuyos derechos fueron violados.
- Cambios en las actitudes sociales que indiquen una mayor apertura frente a la sexualidad y los derechos reproductivos.

Elegir los indicadores correctos y utilizarlos para medir el progreso resulta fundamental para evaluar el impacto de la legislación y las políticas implementadas, y compararlas con los resultados que se habían previsto. Para que una ley funcione y logre sus objetivos, no basta con crearla; el monitoreo adecuado de la implementación de la misma exige indicadores apropiados.

Conclusión

Analizar los derechos reproductivos desde la perspectiva de los derechos humanos nos permite ver los muchos temas implicados en el caso de Eleonora en un contexto más amplio. También revela la naturaleza multisectorial y la interdependencia de los diversos derechos humanos. Los derechos humanos como marco de referencia constituyen una herramienta poderosa para su gestión y defensa, que permite hacer referencia a las obligaciones internacionales contraídas por el gobierno. La presión por parte de la comunidad internacional puede llevar a una incorporación más rápida de estos estándares internacionales de derechos humanos en el marco legal del país. ■

Notas

1. *The Right to Know - Human Rights and Access to Reproductive Health Information*, Sandra Coliver, ed. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1995.
 2. Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres (de aquí en adelante, CEDAW), arts. 12.1 y 16.1 (e), ratificada por Polonia en 1980.
 3. *Informe de Naciones Unidas sobre la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo* (de aquí en adelante, Programa de Acción de El Cairo), U.N. Doc. A/Conf.171/13. Nueva York, 1994, para. 7.2.
 4. *Informe de Naciones Unidas sobre la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer* (de aquí en adelante, Plataforma de Acción de Beijing), U.N. Doc. A/Conf.117/20. Nueva York, 1995, para. 96.
 5. Arts. 1 y 3 de la Declaración de Derechos Humanos de Naciones Unidas; art. 9 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos de Naciones Unidas (ratificado por Polonia en 1977); art. 5 de la Convención Europea de Derechos Humanos (ratificada por Polonia en 1992); principio 1 y párrafo 7.3 del Programa de Acción de El Cairo.
 6. Arts. 19.1 y 34 de la Convención de los Derechos del Niño, ratificada por Polonia en 1991 (de aquí en adelante CDN); párrafos 38 y 48 del Programa de Acción de Viena; principio 11 del Programa de Acción de El Cairo; art. 4 de la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la violencia contra la Mujer; arts. 40 y 41.1 de la Constitución de Polonia.
 7. Art. 12.2 del Pacto de Derechos Económicos de Naciones Unidas (ratificado por Polonia en 1977); arts. 11 y 13 de la Convención Europea de Derechos Humanos; arts. 10 y 12.1 de la CEDAW; art. 24.1 de la CDN.
 8. Art. 10 de la Convención Europea de Derechos Humanos; art. 19 del Pacto de Naciones Unidas sobre Derechos Civiles y Políticos; art. 13 de la CDN; art. 54.1 de la Constitución de Polonia.
 9. Art. 17.1 del Pacto de Naciones Unidas sobre Derechos Civiles y Políticos; art. 8 de la Convención Europea de Derechos Humanos; arts. 16.1, 16.2 y 12 de la CDN; párrafo 7.45 del Programa de Acción de El Cairo; párrafo 274 de la Plataforma de Acción de Beijing; art. 47 de la Constitución de Polonia.
 10. Art. 12 de la Declaración de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos; art. 2.2 del Pacto de Naciones Unidas sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales; art. 2.1 del Pacto de Naciones Unidas sobre Derechos Sociales y Políticos; arts. 1 y 3 de la CEDAW; y arts. 32 y 33 de la Constitución de Polonia.
 11. Andrzej Dominiczak y Joanna Woycicka, *Polish Women in the 90s*, Varsovia: The Women's Rights Center, 2000, p. 9.
 12. Art. 16.1 de la CEDAW; principio 8 del Programa de Acción de El Cairo, y párrafo 223 de la Plataforma de Acción de Beijing.
 13. Arts. 197 y 200 del Código Penal de Polonia.
 14. Art. 197 del Código Penal de Polonia: "1. Toda persona que por medio de la violencia, amenazas ilegales o engaño, forzara a otra a cometer un acto sexual será pasible de una pena de entre uno a diez años de prisión por cada acto cometido".
-

Notas

15. Los derechos de las/os pacientes están regulados por la Ley de Gestión para la Salud (Boletín Oficial, 91.91.408 con cambios posteriores), promulgada el 30 de agosto de 1991, que garantiza: el derecho al mejor servicio médico posible y cuando dichos servicios no sean accesibles, información clara acerca de cuándo y cómo será posible obtener consejo y procedimientos médicos; el derecho a la información acerca de la propia salud; el derecho a estar de acuerdo o no con un determinado tratamiento después de haber recibido información acerca del mismo; el derecho a la vida privada y a la dignidad en el transcurso del tratamiento.

16. Polonia ratificó la CDN, pero con reservas al art. 7 y una declaración individual acerca de los arts. 12-16 y 24.2(f).

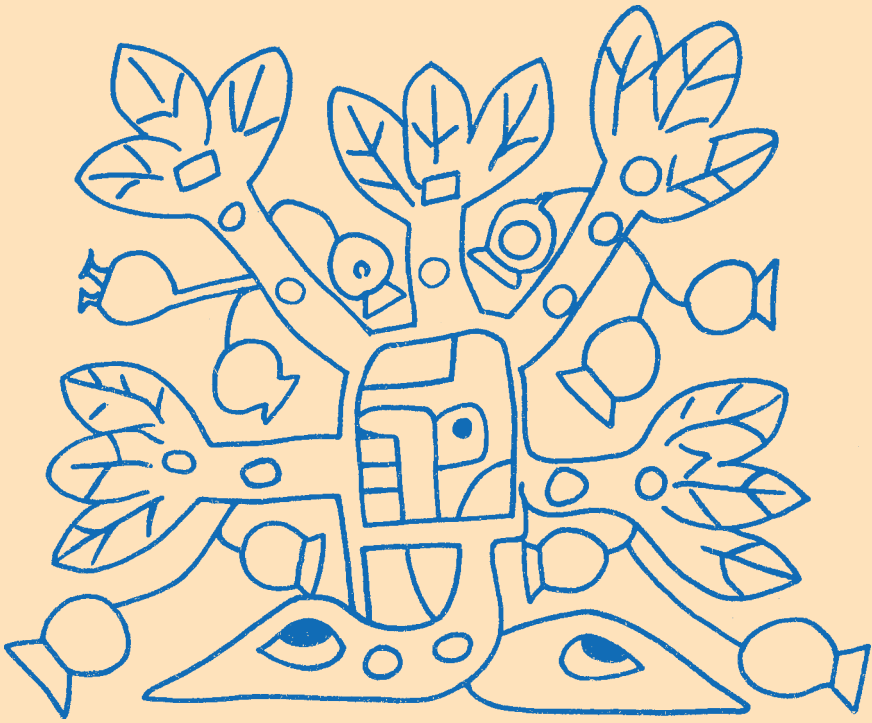
17. Arts. 12, 13 y 16 de la CDN.

18. Dominiczak y Woycicka, *op cit.*, p. 162; Katarzyna Bojańczyk y Andrzej Dominiczak, “Whose Freedom It Is”, informe basado en la investigación realizada por el Centro por los Derechos de las Mujeres sobre la actitud de la policía y los/as fiscales ante la violencia sexual, *Law and Gender*, N° I, 2000.

19. Dominiczak y Woycicka, *op cit.*, p. 219 y el capítulo siguiente sobre salud reproductiva de las mujeres; *The Right to Know*, p. 278.

20. Dominiczak y Woycicka, *op. cit.*

21. *The Right to Know*, *op.cit.*





Análisis de caso # 5

Mortalidad materna

La historia de Zeinab

El oasis Dakhla está ubicado en el desierto occidental y forma parte de la Gobernación del Valle Nuevo, en el sur de Egipto. En el pueblo existe solo un puesto de salud, atendido por una auxiliar de enfermería que solo puede brindar atención primaria en salud. Cuando se trata de una enfermedad grave, la opción más cercana es un viaje de 25 km hasta el centro de salud de una ciudad más grande, en el que trabajan un médico, una partera y una enfermera. Generaciones de mujeres han dado a luz en sus casas, atendidas por *dayahs*, mujeres que tradicionalmente ayudan en los partos.

Zeinab tuvo seis embarazos, y dio a luz a seis niñas, tres de las cuales murieron poco después del parto. Zeinab, su marido Anwar y Fátima, la madre de él, compartían una vivienda de una sola habitación. Fátima supervisaba las relaciones sexuales de la pareja así como el ciclo mensual de Zeinab. Zeinab nunca disfrutó de estas cópulas supervisadas. Además, se sentía físicamente débil por haber pasado ocho años casi permanentemente embarazada.

Aunque Zeinab y Anwar estaban de acuerdo en no querer tener más hijos, no podían pagar el viaje de 25 km hasta la ciudad más grande para procurarse un método de planificación familiar. También sabían que les iba a resultar difícil eludir la vigilancia de Fátima, quien creía que el deseo de Alá era que nacieran niños y niñas sin restringir la fertilidad, y estaba desesperada por que la pareja tuviera un varón. Mientras Anwar ahorraba algo de dinero para que Zeinab pudiera ir a la clínica y conseguir un método anticonceptivo, ella quedó embarazada por séptima vez. Zeinab tenía 27 años.

El embarazo se desarrolló normalmente aunque cuando Zeinab fue por primera y única vez al puesto de salud del pueblo, la auxiliar de enfermería le dijo que estaba anémica y le recomendó tomar suplementos de hierro.

Una noche, Zeinab comenzó a sentir dolores abdominales y pensó que había llegado el momento de dar a luz; poco después, rompió la bolsa. Pero el dolor le parecía diferente esta vez. Ocho horas después, cuando ya era de día, el bebé continuaba sin salir y ella estaba perdiendo sangre de color rojo muy brillante por la vagina. Llamaron a una *dayah*, que le administró unos medicamentos de hierbas para la hemorragia e intentó manipular a la criatura manualmente. El marido estaba aterrorizado. Suplicó a la madre que le permitiera llevar a su esposa al centro de salud en la ciudad más grande y ofreció utilizar sus escasos ahorros para cubrir los gastos.

Finalmente, a la una de la tarde, el marido de Zeinab —desesperado— logró llamar a un camión para que transportara a su esposa. Llegaron rápidamente al centro de salud pero se vieron obligados a esperar tres horas hasta que llegara el médico, que poco después ayudó a Zeinab a dar a luz a un varón. Pero inmediatamente después del parto Zeinab comenzó a sufrir una hemorragia. No había sangre disponible para una transfusión, y Zeinab falleció esa misma noche.

Fuente: Gihan Shahine. "Time for Self-Reliance", *Al-Ahram Weekly On-line*. 21-27 de junio del 2001, <http://weekly.ahram.org.eg/2001/539/fo51.htm>.

Mortalidad materna: una perspectiva desde la salud pública

Angela Sawyer-Kamara

La autora es la directora de la Red Regional de Prevención de la Mortalidad Materna (RPMM) con sede en Accra, Ghana.

La maternidad segura es un derecho humano... Si el sistema deja morir a una mujer, entonces el sistema ha fracasado. Nuestra tarea y la tarea de muchos como nosotros... es garantizar que... la maternidad segura no sea vista como un tema marginal, sino como un asunto central.

James D. Wolfensohn, presidente,
Banco Mundial, 1998.

Definición de los temas

La muerte y la discapacidad de las mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto tienen consecuencias sociales y económicas profundas para las mujeres, sus familias y comunidades, así como para la fuerza de trabajo y las economías nacionales. Cada año 585.000 mujeres, al igual que Zeinab en el caso analizado aquí, mueren por complicaciones del embarazo y el parto, y el 99% de esas muertes ocurren en los países en vías de desarrollo.¹ Además de las muertes maternas, millones de mujeres sufren de discapacidades a largo plazo como resultado de complicaciones relacionadas con el embarazo.²

La urgente necesidad de abordar el problema de la mortalidad materna en los países en desarrollo fue reconocida en el lanzamiento de la Iniciativa por una Maternidad Segura en Kenia, en 1987. A esta campaña se han adherido y le han dado elevada prioridad varias conferencias internacionales. Sin embargo, una reunión de evaluación realizada en Sri Lanka diez años después de que fuera lanzada la Iniciativa por una Maternidad Segura lamentó los limitados progresos que se habían logrado. Nuevas estimaciones del Fondo de Emergencia de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que, contrariamente a lo esperado, es posible que las muertes maternas en los países en desarrollo, y especialmente en África, estén aumen-

tando.³ Algunos países registran hasta 1.800 muertes maternas por cada 100.000 nacidas/os vivas/os. Esta falta de progreso significativo fue atribuida a la escasez de programas operativos con base en la acción y centrados en tareas concretas dirigidas a abordar el problema de la mortalidad materna en los países en vías de desarrollo. Se requiere de una visión integral para abordar este problema en forma efectiva.

En el caso de Zeinab, analizaremos primero los factores que causaron su muerte. Tres grupos de factores fueron las causas subyacentes de la muerte de Zeinab, y son los siguientes:

1. La demora en la decisión de procurar asistencia médica.
2. La demora en llegar (acceder) al lugar donde se podía obtener esa asistencia.
3. La demora en recibir atención por parte del sistema de salud.⁴

En el caso de Zeinab, los principales factores que contribuyeron a su muerte fueron la primera y la tercera de esas demoras.

Estudios realizados en África occidental mostraron que estas demoras se deben a factores socioculturales, socioeconómicos y del sistema de salud en sí.⁵ Un análisis más profundo de estos factores reveló que:

La primera demora —la demora relativa a la decisión de buscar asistencia médica por parte de la mujer y de sus familiares— se debe a:

- Falta de reconocimiento de las señales de peligro.
- Creencias y tabúes culturales/religiosos.
- Prácticas tradicionales.
- La estructura de poder en el hogar.
- Falta de dinero.⁶

En el caso de Zeinab, tanto la “estructura de poder en el hogar” (en la cual la autoridad de la suegra se imponía sobre la del marido) como las prácticas tradicionales (recurrir a una *dayah* que utilizó hierbas e intentó manipular al bebé) causaron la demora en la búsqueda de atención médica.

El otro factor que contribuyó a la muerte de Zeinab fue el acceso a la atención de la salud. El pueblo donde vivía Zeinab estaba a 25 km del hospital de derivación.

En cuanto a la segunda demora (la demora en llegar/acceder al lugar donde podía recibir atención médica), algunos de los factores que inciden en la accesibilidad son los siguientes:

- Distancia geográfica (los establecimientos de salud, especialmente los hospitales de derivación, suelen estar alejados de las comunidades rurales).
- Transporte (en muchas comunidades rurales los sistemas de transporte son deficientes debido a la transportación inadecuada/falta de vehículos).
- Condición económica (la pobreza tiene como resultado la carencia de recursos financieros, sobre todo en situaciones de emergencia; en algunas comunidades, las mujeres dependen por completo de sus maridos).
- Falta de comunicación (muchas comunidades rurales de países en desarrollo carecen de sistemas de comunicación básicos, como los teléfonos; a veces, ni siquiera los centros de salud cuentan con teléfonos para comunicarse con el hospital de derivación).⁷

En el caso de Zeinab, la distancia geográfica (el centro de derivación más cercano estaba a 25 Km. de distancia) y la falta de comunicación (la trabajadora de salud en el pueblo no contaba con medio alguno para comunicarse con el centro de derivación, para alertar al personal y prepararlo para el caso) contribuyeron a su muerte.

Los factores que finalmente mataron a Zeinab fueron los involucrados en la tercera demora: la demora en recibir atención rápida y adecuada en el establecimiento de salud.

Hay varios factores que culminan en las muertes maternas que tienen lugar en los establecimientos de salud, como por ejemplo:

- Falta de medicamentos e insumos esenciales.
- Falta de servicios para realizar transfusiones de sangre.
- Equipamiento en malas condiciones/falta de equipamiento adecuado.
- Carencia de personal.
- Personal sin conocimientos/con conocimientos precarios.
- Actitudes negativas por parte del personal.⁸

Para brindar una atención rápida y adecuada a las mujeres que se presentan con complicaciones, las instituciones de salud —especialmente los hospitales de derivación— deben contar con medicamentos esenciales e insumos adecuados, incluyendo equipos que funcionen. Un hospital de derivación debería tener servicios para transfusiones de sangre y quirófanos en estado de funcionamiento. Debería contar también con un número adecuado de personal capacitado y competente capaz de afrontar la carga de trabajo que se le presente. Y, lo más importante: la administración del hospital debería ser sensible a las necesidades del personal y satisfacerlas —por ejemplo, en cuanto a las horas de trabajo razonables, los insumos necesarios, salarios adecuados y paquetes de incentivos. Todo esto ayuda a que el personal pueda tener una actitud positiva hacia su trabajo y la/o alienta a cuidar mejor a las pacientes.

En este caso en particular, tres factores específicos involucrados en la tercera de las demoras contribuyeron a la muerte de Zeinab:

- **Falta de personal** (había solamente un médico, sin una segunda persona que pudiera ayudarlo).
- **Actitudes negativas por parte del personal** (el médico estuvo ausente de su puesto durante tres horas).
- **Falta de servicios para realizar transfusiones de sangre** (que son esenciales en un centro de derivación).⁹

Metas de salud pública

En este caso se presentan varios temas que resultan centrales para la salud pública, en especial en lo que atañe a la capacidad de acceso a la atención de la salud. Hay dos niveles de acceso que es necesario abordar:

1. Distancia geográfica entre los establecimientos que pueden salvar vidas y los grupos de población necesitados, así como cobertura de los servicios de salud. Desde una perspectiva de salud pública, debería haber por lo menos un hospital de derivación que provea atención obstétrica de emergencia (AOEM) integral y cuatro centros de salud que brinden AOEM básica por cada 500.000 habitantes.¹⁰ (Ver *Cuadro 1*)

2. El segundo factor de accesibilidad es la posibilidad de contar con tratamiento apropiado en los estable-

cimientos de salud. Lo triste es que, aun cuando las mujeres logran superar los factores socioculturales o económicos, e incluso cuando están presentes las prestadoras o prestadores de atención a la salud, todavía les resulta difícil acceder a atención sanitaria que puede salvar sus vidas debido a la falta de un “ambiente habilitante”.¹¹

Según el Grupo Inter-Agencias sobre Maternidad Segura, para salvar sus vidas las mujeres embarazadas deben poder acceder a “asistentes capacitadas/os que trabajen en un ambiente que apoye su tarea. Esto significa que deben contar con insumos, equipos, etc. y que deben existir sistemas de derivación y de transporte que funcionen y resulten accesibles a las mujeres que presenten complicaciones. Además, un ambiente habilitante requiere de programas efectivos de educación, y supervisión que pueda brindar apoyo, además de monitoreo y evaluación permanentes”.¹²

Cuadro 1

Servicios integrales de AEOM	Servicios básicos de AEOM
Antibióticos inyectables	Antibióticos inyectables
Oxitóxicos inyectables	Oxitóxicos inyectables
Sulfato de magnesio, sedantes inyectables, anticonvulsivos	Sulfato de magnesio, sedantes inyectables, anticonvulsivos
Uso de partógrafo*	Uso de partógrafo*
Remoción manual de la placenta	Remoción manual de la placenta
Remoción de productos retenidos	Remoción de productos retenidos
Parto vaginal asistido	Parto vaginal asistido
Transfusión de sangre	
Intervención cesárea	

* Tabla utilizada para el monitoreo de mujeres embarazadas durante el parto.

Lamentablemente, no es este el caso en muchos países en vías de desarrollo. La importancia de los ambientes habilitantes en la promoción de la maternidad segura no puede enfatizarse sin más. Para que se tornen una realidad, debería haber una fuerte voluntad política por parte de los gobiernos, las comunidades y todas las partes involucradas en la salud (a nivel nacional, regional, global) para asignar recursos adecuados a programas basados en evidencias y que sean sostenibles.

Naturaleza de la intervención/respuesta

Investigaciones realizadas en África occidental ofrecen ejemplos sobre la forma de abordar los factores que contribuyen a las muertes maternas¹³ mediante:

- Mejoramiento de la disponibilidad y la calidad de la atención (*especialmente en AEOM*) en las instituciones de salud.¹⁴
- Mejoramiento del acceso a la atención (*transporte, acceso físico y económico a los servicios de salud*).¹⁵
- Movilización de la comunidad para mejorar los servicios conexos (por ejemplo, *donación de sangre, esquemas de financiamiento*).¹⁶
- Educación sanitaria para la comunidad.¹⁷
- Supervisión que apoye el trabajo del personal.¹⁸
- Políticas que apoyen el trabajo del personal.¹⁹
- Monitoreo y evaluación de los programas.²⁰

No es suficiente mejorar la calidad de la atención y el acceso a la misma, si el sistema no puede sostenerse. Esto puede hacerse a través de políticas y acciones de supervisión que apoyen el trabajo que se está realizando. En el caso de las políticas de apoyo, se trata de leyes o regulaciones de asociaciones profesionales que, por ejemplo, autoricen y promuevan que las/os profesionales de la salud lleven a cabo intervenciones para salvar vidas, para las que se han capacitado y en las cuales son eficientes. También es importante la existencia de políticas que se ocupen de las barreras a que se enfrentan las mujeres que procuran acceder

a la atención médica. Por ejemplo: en algunos países en vías de desarrollo las políticas de recuperación de costos representan una importante barrera para la atención en salud. Una política de apoyo debería permitir que las mujeres recibieran tratamiento sin tener que pagar con anterioridad, sobre todo en situaciones de emergencia.

En los establecimientos de salud se debería mantener una supervisión regular que apoye el trabajo del personal. Las/os administradoras/es y supervisoras/es deberían alentar la educación permanente para las/os prestadoras/es de servicios de salud. El personal debería tener a su disposición directrices acerca de los estándares y protocolos de tratamiento que pudieran servir de apoyo para llevar a cabo prácticas de calidad. Las/os supervisoras/es deberían alentar el pensamiento crítico y hacer que las/os prestadoras/es participen en la resolución de problemas y en la toma de decisiones en sus ambientes laborales.

Estas actividades requieren de un enfoque multidisciplinario y multisectorial.²¹ Si bien la mortalidad materna es una preocupación sobre todo para el sector salud, las políticas de otros sectores del gobierno —como finanzas y planificación— pueden influir sobre la asignación de los recursos necesarios para impedir las muertes maternas. El abordaje de la mortalidad materna requiere también de la participación de otras/os profesionales, además de las/os del sector salud. En todos los niveles de estos procesos deberían participar profesionales de diversas disciplinas (sociólogas/os, economistas, etc.) tanto del sector público como del privado. Las instituciones del gobierno y sus asociadas deberían trabajar con las comunidades y hacer que éstas participen activamente en el proceso. En las comunidades habría que identificar a las/os líderes y hacer que participen identificando y analizando los problemas, planificando soluciones e implementando procesos de intervención.

Los sistemas de salud de muchos países en vías de desarrollo necesitan “poner la casa en orden antes de invitar a los huéspedes”.²² Esto significa mejorar los servicios de salud y los sistemas de apoyo antes de movilizar a las comunidades para que los utilicen. Las campañas de educación para la salud en el ámbito

comunitario, que buscan concientizar acerca de las causas de las muertes y la necesidad de procurar la atención médica temprana, con frecuencia generan en las personas la voluntad de utilizar los servicios de salud. Si se encuentran con servicios malos o inadecuados, pierden confianza en el sistema de salud y ya no procurarán la atención hospitalaria, lo que a su vez tendrá como resultado una subutilización de los establecimientos de salud cuando el sistema mejore (si es que así sucede). Por ese motivo se hace necesario prestar atención a lo siguiente:

- **Mejorar el nivel de los establecimientos sanitarios** (especialmente los hospitales) y equiparlos para que puedan ofrecer AEOM integral y por lo menos AEOM básica en el caso de los centros de salud.

Para promover la sostenibilidad, el énfasis debería estar puesto en la movilización de recursos locales y las intervenciones de bajo costo.

- **Elevar la calidad de la distribución del personal y su capacitación** (en AEOM y habilidades necesarias para salvar vidas): la mayoría del personal capacitado trabaja en las áreas urbanas, mientras que en las zonas rurales se observan deficiencias graves en materia de personal. Por esa razón deberían ofrecerse incentivos para alentar al personal capacitado a que ocupe puestos en zonas rurales. También se deberían reclutar personas de las comunidades rurales para capacitarlas, propiciando que luego regresen a trabajar a la zona en la que viven.
- **Asegurar la disponibilidad de sangre, medicamentos e insumos.**
- **Mejorar el acceso físico y económico a la atención de la salud.** Los establecimientos deberían estar ubicados más cerca de las comunidades. Como ya señaláramos, la cifra mínima recomendable es de cuatro centros de salud básicos y un hospital de derivación por cada 500.000 habitantes.²³ También es posible mejorar el acceso económico si se alienta a las comunidades a crear y administrar esquemas de préstamos para emergencias obstétricas. Las mujeres y sus familiares pueden

utilizar esos préstamos para solventar los gastos de transporte y hospitalización.

- **Mejorar los sistemas de derivación** mediante la educación comunitaria en salud y la información destinada a que las mujeres se procuren atención temprana apenas surjan las complicaciones. Las personas de la comunidad que poseen medios de transporte deberían estar sensibilizados/as para transportar a las mujeres en caso de que surjan emergencias. También deberían mejorarse las líneas de comunicación (teléfonos y radio) entre los centros de salud y los hospitales de derivación.

Es necesario llevar a cabo un monitoreo permanente sobre el sistema de salud para identificar y corregir sus fallas. Un método que se utiliza en la práctica clínica es el de las investigaciones confidenciales/ auditorias sobre mortalidad materna, destinadas a identificar los factores que causaron la muerte materna. Esa clase de información resulta útil para elaborar políticas y estrategias que permitirán abordar los temas en cuestión.

Sin embargo, en muchos países en vías de desarrollo, la carencia de un financiamiento adecuado del sistema de salud que permita implementar las intervenciones es un problema grave. Las asignaciones de presupuesto para el sector salud son a veces mínimas comparadas con las de otros sectores. De ahí la necesidad que tienen los sistemas de salud de los países en desarrollo de cobrar los servicios que brindan a las usuarias, lo que con frecuencia se convierte en una barrera para que las mujeres de las comunidades pobres puedan acceder a la atención vital. En muchos sistemas de salud, se exige un pago inicial aun en los casos de emergencia, antes de dar comienzo al tratamiento.²⁴ Si los/as familiares no cuentan con el dinero necesario, puede haber serias demoras hasta que la paciente sea tratada, lo que a veces le produce la muerte. Por esa razón es necesario llevar a cabo acciones de gestión y defensa destinadas a generar la voluntad política de asignar mayor cantidad de recursos al sector salud, para que las comunidades pobres puedan tener acceso a los servicios con prontitud. También debería estudiarse la posibilidad de generar políticas para el sector salud que aborden/instituyan sistemas de seguros de salud o esquemas de préstamos de emergencia a cargo

de las comunidades,²⁵ para que las mujeres puedan tener acceso al tratamiento, sobre todo a la atención en situaciones de emergencia, antes de que se llegue a un acuerdo acerca de la modalidad de pago del mismo.

Obstáculos culturales/sociales

En algunos países en vías de desarrollo o comunidades, aun cuando el sistema de salud esté funcionando bastante bien, los factores culturales y socioeconómicos²⁶ pueden constituir serios obstáculos para las mujeres que necesitan atención médica.

Dichos factores pueden ser:

- Tabúes religiosos.
- Desigualdad de género (posición subalterna de las mujeres, dominación masculina).
- Dependencia financiera con respecto al marido.
- Prácticas y creencias tradicionales (preferencia por la medicina tradicional, intervenciones ligadas a los usos y costumbres, etc.).

Pero esos obstáculos socioculturales pueden abordarse a través de la educación para la salud y el empoderamiento económico de las mujeres. Los programas educativos/informativos para el reconocimiento temprano de las complicaciones y la necesidad de derivación pueden influir sobre las mujeres para que se atiendan apenas se presenten los síntomas, reduciendo así la primera de las demoras, que se produce en torno a la decisión de recurrir a la atención médica. Además, las comunidades utilizarán los establecimientos de salud si saben que allí van a obtener atención de buena calidad y tratamiento inmediato.²⁷

Indicadores

Habiendo abordado todos los problemas mencionados más arriba, es importante poder medir el progreso/los resultados positivos. Los indicadores miden “los cambios en los pasos que llevan al resultado deseado”.²⁸ En el terreno de la mortalidad materna, los indicadores más comunes que se han utilizado para medir el impacto son las tasas y las razones de la mortalidad

materna. Pero resulta extremadamente difícil utilizar esos indicadores a nivel de distrito/proyecto, porque para poder medir el impacto es necesario contar con información que abarque períodos muy largos. Un enfoque alternativo es el que consiste en utilizar indicadores de proceso y de rendimiento. Por ejemplo, con respecto al caso de Zeinab, los indicadores de proceso podrían mostrar las mejoras en los servicios hospitalarios, como por ejemplo:

- Disponibilidad de personal.
- Creación de un banco de sangre.²⁹

Los indicadores de rendimiento podrían mostrar:

- Reducción del intervalo entre la admisión y el tratamiento.
- Incremento del número de mujeres que presentan complicaciones y están recibiendo tratamiento.
- Disminución en la Tasa de Casos Fatales (TCA), si las mujeres están logrando sobrevivir.³⁰

El *cuadro 2* muestra la clase de informaciones e indicadores necesarios para monitorear/medir el progreso en la situación descrita más arriba.³¹

Dar respuestas a las preguntas que aparecen en el *Cuadro 2* se hace necesario para evaluar los servicios de salud, especialmente para salvar las vidas de las mujeres que sufren de complicaciones obstétricas. Es importante saber si hay servicios disponibles y si resultan accesibles. Pero no basta con saber que los servicios existen. También es importante conocer si son utilizados por las mujeres que los necesitan y si, cuando lo hacen, salvan sus vidas. Por eso, indicadores tales como el número de mujeres con complicaciones que han sido tratadas y la Tasa de Casos Fatales deberían utilizarse para monitorear/evaluar los establecimientos de salud.

Diálogos entre diferentes esferas de acción

*“Los expertos en salud y en Derecho están definiendo cada vez más la maternidad segura como un derecho humano... también es un asunto de justicia social que está profundamente vinculado a la condición de las mujeres y al poder que detentan.”*³²

En la mayoría de los países en vías de desarrollo, el concepto de “derechos humanos”—ni hablar de derechos de las mujeres— es nuevo, e incluso en algunos ni siquiera existe. Por esa razón resultaría imposible aplicar los derechos humanos para mejorar la calidad y la efectividad de una intervención en salud pública. Pero **una forma segura de abordar este tema es gestionar, defender e implementar la clase de estrategias y soluciones que señalamos más arriba, que abordan los factores que contribuyen a las tres demoras.**

Por lo general, algunos de los **factores sociales** que afectan el derecho de una mujer a decidir son los siguientes:

- Su posición social.
- *Purdah* (confinamiento).
- Necesidad de contar con el permiso del marido.

- Dependencia económica (falta de dinero, pobreza).
- Dependencia física (transporte, carreteras).
- Estigma.

Algunos de los **factores culturales** que pueden afectar el derecho de una mujer al conocimiento y la participación en la toma de decisiones son:

- Creencias tradicionales (por ejemplo, la promoción de una fertilidad excesiva, la idea de que no hay necesidad de educar a las niñas).
- Prácticas tradicionales.
- Creencias y prácticas religiosas.
- La edad y la adquisición de una posición social prominente con la edad.
- Sanadoras/es tradicionales/espirituales.

Cuadro 2

Información requerida	Indicadores
¿Existen servicios que puedan salvar vidas?	<ul style="list-style-type: none"> • Número y distribución de los establecimientos que ofrecen AEOM por cada 500.000 habitantes. • Servicios de AEOM realizados en cada establecimiento.
¿Cuántas mujeres están utilizando esos servicios?	<ul style="list-style-type: none"> • Número de mujeres con complicaciones ingresadas en cada establecimiento de AEOM.
¿Cuántos procedimientos para salvar vidas se realizan?	<ul style="list-style-type: none"> • Número de intervenciones cesáreas (u otros procedimientos) realizados.
¿Cuál es la calidad de la atención brindada?	<ul style="list-style-type: none"> • Tasa de Casos Fatales (TCF) entre las mujeres con complicaciones ingresadas al establecimiento. • Tiempo que transcurre entre el ingreso y el tratamiento.
¿Cómo deberían mostrar los servicios su progreso?	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento de casos complicados. • Disponibilidad de medicamentos e insumos esenciales. • Habilidades del personal, cobertura y actitudes.
¿Cómo puede mostrarse el progreso relativo a la utilización de servicios por parte de la comunidad?	<ul style="list-style-type: none"> • Confianza de la gente en los servicios de salud. • Costo accesible de los servicios. • Disponibilidad y precio accesible del transporte. • Capacidad de las personas para reconocer las complicaciones que necesitan tratamiento.

Algunos de los **factores del sistema de salud** que afectan el derecho de una mujer a la atención inmediata en salud son los siguientes:

- Mala distribución de los establecimientos.
- Falta de insumos esenciales.
- Falta de equipamiento/equipamiento inadecuado.
- Personal inadecuado (por su número escaso, o por su falta de habilidades).
- Actitudes negativas.
- Distancia social (en la interacción entre la paciente y la/el prestadora/or).

Los factores arriba mencionados, que causan la primera y la segunda demoras, impiden a las mujeres acceder a la atención cuando la necesitan. Por ejemplo en África la toma de decisiones es sobre todo una prerrogativa de los hombres. Así, inclusive cuando una mujer que está sufriendo una complicación obstétrica necesita atención urgente para su salud, suele ser el marido el que decide cuándo y dónde se le va a prestar esa atención. Un factor subyacente podría ser que la mujer depende económicamente del hombre, que es quien le dará el dinero necesario para pagar por los servicios. Aun cuando la mujer llegue al sistema de salud, las deficiencias en los servicios — como la falta de insumos y equipamientos esenciales que ocasionan la tercera demora — impiden que la mujer ejerza su derecho a la atención en salud.

En muchos países en vías de desarrollo, sobre todo en los que tienen una gran proporción de población que habita en zonas rurales, nunca se ha oído hablar de “los derechos de las mujeres” o se los considera un concepto foráneo. Lo que influye y determina la conducta social son los valores y tradiciones culturales. Por ese motivo, buscar soluciones que tengan en cuenta estas barreras, es la mejor forma de ayudar a las mujeres a acceder a la atención que tanto necesitan y que con toda justicia se merecen. ■

Notas

1. OMS/UNICEF, *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality* (WHO/FRH/MSM/96.11, UNICEF/PLN/96.1, abril de 1996).

2. The Maternal Morbidity Network, *The Base of the Iceberg: Prevalence and Perceptions of Maternal Morbidity in Four Developing Countries*. J.A. Fortney and J.B. Smith, eds. North Carolina: Family Health International, diciembre de 1996.

3. OMS/UNICEF, *op. cit.*

4. The PMM Network, *PMM Results Conference: Abstracts*. Nueva York: Center for Population and Family Health, School of Public Health, Columbia University, noviembre de 1996; S. Thaddeus y D. Maine, *Too Far to Walk: Maternal Mortality in Context*. Nueva York: Prevention of Maternal Mortality Program, Center for Population and Family Health, Columbia University, 1990.

5. The PMM Network, “Barriers to Treatment of Obstetric Complications in Rural Communities of West Africa”, *Studies in Family Planning* 23, N° 5, setiembre/octubre de 1992, pp. 279-291.

6. *Ibid.*

7. B. Leigh, H.B.S. Kandeh, M. S. Kanu, M. Kuteh, I. S. Palmer, K.S. Daoh y F. Moseray, “Improving Emergency Obstetric Care at a District Hospital,

- Makeni, Sierra Leone”, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 59, supl. 2, 1997.
8. *Ibíd.*
9. P. Sengeh, O. Samai, S.K. Sidique, A. Kebbie, P. Fofana y S. Stephens, “Improving Blood Availability in a District Hospital, Bo, Sierra Leone”, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 59, supl. 2, 1997.
10. D. Maine, M.Z. Akalin, V. M. Ward y A. Kamara, “The Design & Evaluation of Maternal Mortality Programs”. Columbia University, junio de 1997.
11. Family Care International, Fact Sheet “Saving Women’s Lives, Improving Newborn Health”. Nueva York: Safe Motherhood Inter-Agency Group Secretariat, FCI, 2002.
12. *Ibíd.*
13. The PMM Network (1996), *op. cit.*
14. The PMM Network, “Situation Analysis of Emergency Obstetric Care Facilities: Examples from Eleven Sites in West Africa”, en *Social Science and Medicine* 40, N° 5, 1995, pp. 657-667.
15. O. Samai y P. Sengeh, “Facilitating Emergency Obstetric Care through Transport and Communication, Bo, Sierra Leone”, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 59, supl. 2, 1997.
16. N. Olaniran, S. Offiong, J. Ottong, E. Asuquo y F. Duke, “Mobilizing the Community to Utilize Obstetric Services”, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 59, supl. 2, 1997.
17. F. Bello Gummi, M. Hassan, D. Shehu y L. Audu, “Community Education to Encourage Use of Emergency Obstetric Services”, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 59, supl. 2, 1997.
18. FCI, *op. cit.*
19. *Ibíd.*
20. D. Maine, *et al.*, *op. cit.*
21. A. Kamara, “Lessons Learned from the PMM Network Experience”, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 59, supl. 2, 1997.
22. A. Kamara, “Developing a Network: The PMM Process”, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 59, supl. 2, 1997.
23. Naciones Unidas (UNICEF/WHO/UNFPA), *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*. Ginebra: UNICEF/WHO/UNFPA, octubre de 1997, p. 27.
24. D. Ifene, E. Essien, N. Golji, K. Sabitu, A. Musa, M. Alti-Mu’azu, V. Adidu y M. Mukaddas, “Improving the Quality of Obstetric Care at the Teaching Hospital, Zaria, Nigeria”, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 59, supl. 2, 1997.
25. J. Chiwuzie, O. Okojie, C. Okolocha, A. Omorogbe, O. Oronsaye, W. Akpala, *et al.*, “Emergency Loan Funds to Improve Access to Obstetric Care in Ekpoma, Nigeria”, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 59, supl. 2, 1997.
26. The PMM Network (1992), *op. cit.*
27. S.A. Opoku, S. Kyei-Farid, S. Twum, J.O. Djan, E.N.L. Browne y J. Bonney, “Community Education to Improve Utilization of Emergency Obstetric Services in Ghana”, en *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 59, supl. 2, 1997.
28. D. Maine, *et al.*, *op. cit.*
29. P. Sengeh, *et al.*, *op. cit.*
30. D. Maine, *et al.*, *op. cit.* Nota: TCF = Número de muerte relacionadas con el embarazo, dividido por el número de mujeres ingresadas por complicaciones relacionadas con el embarazo x 100 = %.
31. *Ibíd.*
32. FCI, *op. cit.*

Análisis de un caso de mortalidad materna: una perspectiva desde los derechos humanos

Giulia Tamayo

La autora es la coordinadora de acciones de la sección española de Amnistía Internacional y vive en Madrid, España.

Definición de los temas

Este caso presenta una cadena de hechos y condiciones cuya base es la discriminación de género, que se ve agravada por otras formas de discriminación que además de constituir violaciones a los derechos humanos en y por sí mismas, contribuyen al resultado final: la muerte de Zeinab. Esa muerte no es meramente una tragedia sino que representa una violación grave del derecho de las mujeres a la vida.¹

Lejos de tratarse de un incidente aislado o excepcional, la experiencia particular que se describe en el caso puede explicarse en un contexto en el que las políticas sociales, las prácticas, estructuras e instituciones discriminatorias desempeñan un papel prioritario.² La injusta distribución del poder entre hombres y mujeres refleja y reproduce la desigualdad que se expresa a través de la falta de protección de los derechos, la exposición a riesgos que podrían prevenirse de manera razonable, las desventajas específicas, y las prácticas de coerción y violencia social o culturalmente construidas que persisten debido a la falta de medidas concretas para abordar estos factores estructurales. Es importante situar el caso en este contexto y luego, partiendo de allí, podemos utilizar los derechos humanos como marco de referencia para identificar los diversos actores que son responsables por la creación de las desigualdades y por el impacto que éstas tienen sobre las víctimas individuales.

En síntesis, como el resultado final es la muerte de Zeinab, se podría definir este caso en términos del derecho a la vida. Pero, para abordarlo en forma adecuada resulta esencial estudiar la confluencia de violaciones a otros derechos humanos —su derecho a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva³— que ocurren independientemente de la muerte de la mujer, y que claramente afectan su derecho a la vida. Estas violaciones van desde la falta de información y apoyo financiero a las mujeres para que puedan realizar sus

propios deseos procreativos, que incluye el acceso a servicios adecuados y efectivos en caso de emergencia obstétrica. Además, las tradiciones y prácticas culturales y religiosas que llevan a una posición de desventaja o a la violencia deberían ser identificadas y sometidas a un escrutinio crítico. El caso que aquí se analiza incluye desventajas que afectan el acceso a los recursos económicos y el control sobre éstos, así como conductas individuales o que violan la autodeterminación de las mujeres en la esfera reproductiva (en este caso, el derecho a elegir un método anticonceptivo, a utilizarlo, y a tomar decisiones en materia reproductiva sin coerción o violencia). El hecho de que dichas tradiciones culturales o religiosas puedan tener una larga historia detrás, no puede utilizarse para justificar la inacción con respecto a cualquier violación continuada de los derechos humanos de las mujeres.⁴

Actores/instituciones

En el marco de los derechos humanos, los gobiernos tienen la obligación de respetar, proteger y observar estos derechos.⁵ Algunas de las obligaciones que asumen los Estados de acuerdo a los tratados internacionales de derechos humanos son las siguientes:

- Promover los derechos en cuestión.
- Garantizar esos derechos y traducirlos en políticas y estrategias.
- Impedir violaciones al tratado respectivo.
- Ofrecer reparaciones a las víctimas en caso de violaciones.⁶

En este caso, se deberían tomar en cuenta dos conjuntos de actores para el análisis: por un lado, el Estado egipcio, incluyendo al Congreso, las instituciones involucradas en la formulación de políticas y cualquier otro agente que actúe en nombre del Estado.⁷ Y, por el

otro lado, también resulta importante tener en cuenta a los agentes no estatales de la familia y de la comunidad, cuyas acciones constituyen violaciones a derechos humanos internacionalmente reconocidos. Además, el rol de las agencias de cooperación y de las instituciones financieras —ya sean gubernamentales o intergubernamentales— no debería ser dejado de lado, ya que las mismas también están sujetas al marco de referencia de la legislación internacional.⁸ El Estado egipcio sería responsable si sus acciones tuvieran una intención discriminatoria, si los resultados de sus acciones fueran discriminatorios, o si no cumpliera con su obligación de respetar los derechos de las mujeres.

Pero, de acuerdo a la legislación internacional, un Estado también es responsable si no actúa para prevenir, castigar o erradicar las prácticas discriminatorias y la violencia de género perpetrada por agentes no estatales, se trate de individuos o grupos. Por esa razón, Egipto debería tomar las medidas necesarias para garantizar que todas las personas que viven en su jurisdicción tengan la oportunidad de satisfacer aquellas necesidades que no pueden satisfacerse merced al mero esfuerzo individual. Las instituciones financieras y las agencias de cooperación deberían garantizar que sus intervenciones no contribuyan a que se cometan violaciones de los derechos humanos sino que, por el contrario, promuevan y fortalezcan el goce de sus derechos humanos por parte de todas las personas.

Entre los desafíos a los que se enfrenta el Estado egipcio se encuentran:

- Elaborar y poner en práctica políticas de salud no discriminatorias, que incluyan medidas legislativas, administrativas y educativas; crear mecanismos que garanticen los derechos de las usuarias del sistema de salud; e invertir los recursos suficientes para garantizar la calidad de la atención y la equidad para las mujeres, entre ellos los siguientes:

- Decisiones tomadas libremente e informadas en torno a la anticoncepción; acceso a la consejería apropiada; y entrega de la variedad más amplia posible de métodos anticonceptivos para que las mujeres puedan implementar sus opciones.
- Acceso a atención obstétrica de emergencia adecuada.
- Adoptar medidas legislativas y otras, incluyendo la educación y la prevención, que tengan por objeto el fortalecimiento de los derechos humanos de las mujeres y la censura frente a la conducta de personas o grupos que violen los derechos de las mujeres a ejercer libremente sus opciones reproductivas y/o exponga a las mujeres a riesgos de salud o a sufrimientos innecesarios, incluyendo la pérdida de sus vidas.

Naturaleza de la intervención/respuesta

El Estado egipcio debería encontrar la forma de elaborar un plan de acción para reducir la mortalidad materna, poniendo el acento en los derechos humanos, y que tome en cuenta las experiencias, las necesidades y la participación de las mujeres. La promoción y protección de la salud no es solo cuestión de diagnósticos médicos, y mucho menos algo que debe ser decidido en base a mandatos religiosos o determinado por tradiciones cuando esas prescripciones o directrices contradicen derechos internacionalmente reconocidos.⁹ Proteger y mejorar la salud exige el reconocimiento de las personas en tanto individuos con derechos, y tener en cuenta la posición que éstas ocupan en una determinada estructura social, con el fin de corregir y remediar las desventajas. El reconocimiento de la autonomía es fundamental para el concepto de *individuo como titular de derechos*.

Con respecto a la salud, esto implica reconocer a la persona como tomadora de decisiones para el manejo de

su cuerpo, su salud y sus metas en la vida. Centrarse en los derechos constituye un desafío a las posturas paternalistas que anulan la autonomía individual y por eso impone límites al poder del Estado, así como a los actores más poderosos al interior de las jerarquías sociales. A la vez, una perspectiva de derechos define el campo de las obligaciones positivas (obligaciones del Estado en cuanto a actuar, a intervenir de manera proactiva) de modo tal que la gente tenga oportunidades y garantías para gozar, ejercer y hacer observar sus derechos. Las medidas adoptadas para reducir la mortalidad materna deberían apuntar a generar capacidades institucionales y fomentar las capacidades locales (por ejemplo, a nivel de la comunidad), así como a incrementar el poder colectivo e individual de las mujeres.

Los casos individuales y las políticas sociales

Los casos individuales sirven como una suerte de llamado de alerta para dejar expuesto un incidente que necesita ser explicado o por el cual el Estado debería hacerse responsable. Son muchas las organizaciones de derechos humanos internacionales, regionales y locales que han utilizado metodologías de investigación de casos para motivar al Estado a asumir sus responsabilidades.¹⁰ Al hacerlo así, la carga de la prueba es transferida al Estado, que debe demostrar que un determinado caso no constituye una violación de la legislación internacional en materia de derechos humanos.¹¹ Al escribir esos informes, las organizaciones de derechos humanos han formulado recomendaciones que buscan incidir en las políticas sociales. Esos informes han jugado un papel fundamental en el lanzamiento de campañas que emplean una variedad de estrategias para movilizar a la sociedad, generar presión internacional, y afectar las posiciones de la opinión pública y del gobierno.

Además, los casos individuales presentados ante los organismos supranacionales que se encargan de la protección de los derechos humanos —como el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos— han permitido que expertas/os independientes analicen si un determinado Estado ha cumplido con sus obligaciones y proporcionen los argumentos que sirven como fundamento a su decisión,

así como los términos de satisfacción o reparación. En algunas ocasiones, los casos presentados ante esas instancias han tenido como resultado que los Estados se comprometan a elaborar y poner en práctica medidas generales para impedir que tengan lugar incidentes similares que podrían constituir violaciones de los derechos humanos.¹²

Obstáculos culturales/sociales

La presencia de obstáculos culturales y sociales por lo general acompaña la afirmación de los derechos de las mujeres. Dichos obstáculos deberían ser analizados seriamente pero no deberían impedir la firme resolución de hacer que se cumplan las exigencias establecidas por el marco internacional de los derechos humanos.

Algunos patrones que constituyen violaciones de los derechos humanos han inspirado estrategias basadas en la educación y la persuasión, en un esfuerzo por evitar los efectos no deseados de un abordaje puramente punitivo. Por ejemplo, en el caso de la mutilación genital femenina, al tiempo que se procuraba que las comunidades y los agentes principales dentro de ellas se comprometieran a abandonar esas prácticas y costumbres, las defensoras intentaban promover el rechazo de las mismas desde el sentido común.¹³

En el caso de Zeinab, se pueden señalar por lo menos cuatro clases de obstáculos:

- Con respecto a las/os prestadoras/es de servicios: por un lado, los hombres de la comunidad se muestran reticentes a que sus esposas sean tratadas por médicos varones, pero al mismo tiempo las médicas son objeto de hostilidad y desconfianza por parte de las comunidades. Este obstáculo podría ser abordado y superado mediante estrategias destinadas a lograr que las médicas y otras trabajadoras de la salud sean aceptadas.
- Respecto al ejercicio de la sexualidad y las decisiones reproductivas por parte de las mujeres: la vida sexual está monitoreada y restringida a la reproducción (es decir, a una sexualidad que no produzca placer). Entre otras presiones se encuentra la expectativa de dar a luz a hijos varones. Este

obstáculo debería situarse en el contexto de la desigualdad entre hombres y mujeres, que debe abordarse en el largo plazo a través de estrategias que procuren empoderar a las mujeres. Al mismo tiempo, se debe señalar y enfrentar el contexto de pobreza en el que se dan estas condiciones.

- Con respecto a la posible incompatibilidad entre las creencias religiosas y el ejercicio de los derechos reproductivos y sexuales, resulta fundamental que las mujeres tengan acceso a servicios y recursos que tomen en cuenta la forma en que ellas viven esta tensión. En la prestación de servicios de consejería, las trabajadoras de la salud deberían brindar educación acerca de los riesgos que presentan determinadas prácticas para la salud.
- Con respecto a la atención en casos de emergencia obstétrica y al control sobre los recursos: en este caso existe una dependencia económica que inhibe la toma de decisión acerca de procurar atención médica y su implementación en el momento oportuno. La persona que controla los recursos financieros del hogar presiona para que intervenga una *dayah*, que resulta incapaz de tratar la emergencia obstétrica descrita en el caso. El debate en torno a esto prolongó la emergencia, que terminó costando la vida a la mujer. La dependencia económica y la oferta inadecuada de asistencia social colocan a las mujeres en situación de riesgo y les impiden buscar alternativas. También someten a las mujeres a las decisiones que toman quienes controlan el dinero. Un enfoque orientado a lograr la autonomía económica para las mujeres debe integrar estrategias que incluyan actividades generadoras de ingresos. La legislación internacional de derechos humanos exige la remoción de obstáculos enraizados en el derecho consuetudinario o en las disposiciones legales que impidan la realización de los derechos humanos de las mujeres negándoles o debilitando su autonomía económica.

Los recursos económicos de las mujeres

En este caso, la dependencia económica impuso condicionamientos adicionales para la resolución de la emergencia. Sin embargo, también se hace necesario señalar la ausencia de servicios cercanos, que estuvieran equipados para manejar la situación. La clínica

carecía hasta de sangre para tratar la hemorragia. La obligación de garantizar que existan medios disponibles para resolver las emergencias relacionadas con el embarazo es una responsabilidad pública que no puede ser transferida a los individuos.

Indicadores

Los Estados deberían satisfacer las demandas inmediatas y a la vez abocarse a lograr progresos en el largo plazo con respecto a sus obligaciones. En este caso, los indicadores elegidos deberían ser los más objetivos posible para demostrar la implementación de programas específicos que apunten a la reducción de la mortalidad materna. No es suficiente mostrar la evolución de las tasas y razones de la mortalidad materna (es decir, de un indicador de impacto que muestra cuántas muertes se han registrado), que suelen ser objeto de debates, ya sea debido a la manipulación de las estadísticas o al subregistro de casos. Analizar el desempeño del Estado y de otros actores mediante indicadores de proceso resulta especialmente valioso porque con ellos es posible medir las variaciones en las condiciones que dan origen a la mortalidad materna.¹⁴

De esta manera, el Estado y los otros actores pueden demostrar el alcance y la calidad de las medidas concretas que han adoptado para superar los obstáculos y los factores que de manera directa o indirecta producen la mortalidad materna. También pueden demostrar la prioridad que le han asignado al incremento de las capacidades individuales e institucionales, tanto para garantizar como para facilitar el ejercicio de los derechos humanos básicos.

La identificación del acceso limitado a la atención obstétrica de emergencia como factor clave para producir la mortalidad materna ha llevado a que se creen indicadores para medir la respuesta de los Estados en términos de muertes maternas. En 1997, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la UNICEF y el Fondo de Naciones Unidas para la Población (FNUAP) elaboraron una serie de indicadores destinados a medir la disponibilidad y utilización de los servicios obstétricos esenciales.¹⁵ Estos indicadores se proponen evaluar aspectos concretos de la atención: disponibilidad de

servicios obstétricos esenciales, utilización de servicios obstétricos esenciales, número de procedimientos para salvar vidas realizados (intervenciones cesáreas) y calidad de la atención.

Como asunto de derechos humanos, la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de atención de las mujeres embarazadas en caso de complicaciones debe ser evaluada a través de indicadores de proceso, para determinar si un país cumple con el nivel mínimo aceptable. Las Directrices de Maastricht sobre Violaciones de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁶ consideran que un Estado incurre en violaciones al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) cuando no cumple con lo que el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales denomina “una obligación mínima esencial de asegurar la satisfacción de por lo menos los niveles mínimos esenciales de cada uno de los derechos. Estas obligaciones mínimas esenciales son aplicables independientemente de la disponibilidad de recursos en el país de que se trate o cualquier otro factor o dificultad” (Párrafo 9). Las Directrices de Maastricht ponen énfasis en que las obligaciones de los Estados incluyen obligaciones de conducta y obligaciones de resultado. La obligación de conducta requiere acciones racionalmente concebidas con el propósito de asegurar el ejercicio de un derecho específico. Por ejemplo, en el caso del derecho a la salud, la obligación de conducta podría implicar la aprobación y ejecución de un plan de acción (Párrafo 7). El Estado es quien carga con la responsabilidad de demostrar que está haciendo un progreso mensurable hacia la plena realización del derecho en cuestión. Las disposiciones acerca de la “realización progresiva” en el Artículo 2 del PIDESC no permiten postergar indefinidamente las obligaciones.

Diálogos entre diferentes esferas de acción

Desde la perspectiva de los derechos humanos, el campo de la salud pública ofrece aportes valiosos para elaborar y especificar los medios a través de los cuales la protección de ciertos derechos y libertades fundamentales puede volverse concreta y real. Sin embargo, existen algunos puntos importantes que es

necesario resolver mediante el diálogo entre ambos campos. Preguntas como las siguientes abren una agenda que vincula en forma cercana las actividades de los derechos humanos y las de la salud pública:

- La definición de las *medidas razonables para prevenir problemas específicos en salud pública* e indicadores relevantes para monitorear las variaciones, así como el carácter adecuado y apropiado de dichas medidas.
- La conceptualización de la equidad y sus consecuencias en cuanto a organizar, distribuir, asignar y manejar el propio cuerpo, la salud y las capacidades que surgen de la propia corporalidad.
- Los argumentos que sustentan las normas y medidas con respecto a la salud (por ejemplo, legalización o penalización de determinados procedimientos como el aborto, y las obligaciones y responsabilidades de los agentes y prestadoras/es de servicios de la salud pública).
- La prevención de efectos indeseables de un determinado protocolo o programa de tratamiento, desde el punto de vista de la salud pública.

Con respecto a la necesidad de actuar, la interpretación de los datos es un paso crítico. Un tema al que hacen referencia las “Directrices para el Monitoreo de la Accesibilidad y Utilización de los Servicios Obstétricos” (1997) es la necesidad de diferenciar los niveles “mínimos” de los “óptimos” para cada indicador.¹⁷ Además, los resultados se deben explicar no solo en la suma que refleja el nivel nacional sino para áreas geográficas más pequeñas (por ejemplo, la distribución geográfica de los servicios de AOEM), facilitando así potencialmente acciones que evitarían los prejuicios y las distorsiones que tienen lugar al nivel político nacional. Las víctimas de violaciones de los derechos económicos, sociales y culturales, al igual que las que han sufrido violaciones de sus derechos civiles y políticos, pueden ser tanto individuos como grupos que sufren de daños o desventajas específicos o desproporcionados. Para elaborar políticas y tomar decisiones programáticas, es necesario tomar en cuenta las condiciones reales en las que viven las personas también reales. ■

Notas

1. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) reconoce el derecho a la vida para todos los seres humanos (art. 6) y afirma que los derechos reconocidos por el Pacto deben ser respetados y garantizados a todas las personas (art. 2.1). Específicamente, en el art. 3 los Estados partes se comprometen a garantizar la igualdad de derechos entre hombres y mujeres en cuanto al goce de todos los derechos civiles y políticos establecidos en el PIDCP. El Comité de Derechos Humanos, que es el organismo encargado de monitorear el cumplimiento del PIDCP, adoptó la Observación General 28 (CCPR/C/21/Rev.1/Add.10) en la que está incluido el párrafo siguiente: “10. Los Estados partes, al presentar informes sobre el derecho a la vida, amparados en el artículo 6, deberán aportar datos respecto de las tasas de natalidad y el número de casos de muertes de mujeres en relación con el embarazo o el parto ... Igualmente, deberán proporcionar información sobre las medidas que hubiesen adoptado para ayudar a la mujer a prevenir embarazos no deseados y para que no tengan que recurrir a abortos clandestinos que pongan en peligro su vida. ... El Comité desea también información acerca de los efectos especiales que la pobreza y la privación tienen sobre la mujer y que pueden poner en peligro su vida.” Como parte del procedimiento de presentación de informes, el Comité de Derechos Humanos ha expresado preocupaciones y formulado observaciones a los Estados partes en relación con la mortalidad materna. Ver los comentarios/observaciones finales del CDH al tercer informe periódico de Camerún en 1999 (PR/C/79/Add.116): 13. [...]: *El Estado parte debería adoptar medidas para proteger la vida de todas las personas, incluidas las mujeres gestantes*. En el mismo sentido, ver los comentarios/observaciones finales del CDH al tercer informe periódico de Perú en 1996 (CCPR/C/79/Add.72); ver comentarios/observaciones finales del CDH al segundo informe

periódico de Guatemala en 2001 (CCPR/CO/72/GTM).

2. La Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) resulta relevante en este caso. Egipto firmó y ratificó la CEDAW, con reservas a los artículos relacionados con la sexualidad, el matrimonio, el derecho de familia y el divorcio (art. 9.2 y 16). De acuerdo a lo que dispone la CEDAW, los Estados partes se comprometen a seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer y tomar todas las medidas apropiadas para ello, en todas las esferas (art. 2 y 3). Específicamente en relación al derecho a la salud, resulta relevante el art. 12. La Observación General 24 del Comité CEDAW (A/54/38/Rev.1, Cap.1) incluye el siguiente párrafo: “31. Los Estados partes también deberían, en particular: ... (c) Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivadas de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal”.

3. El derecho a la salud está reconocido por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

4. *Declaración y Programa de Acción* de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos, Viena, 1993.

5. Amnistía Internacional, “Respect, Protect, Fulfill- Women’s Human Rights. State responsibility for abuses by non state actors”. Al Index: IOR 50/01/00. United Kingdom: Amnesty International Publications, setiembre de 2000, p. 4. Se puede conseguir en <http://www.amnesty.org>. (Nota de la traductora: en castellano “Respetar, proteger, observar: los derechos humanos de las mujeres. La responsabilidad de los agentes no estatales”, EDAI, Ediciones Amnistía

Internacional España, 2000, Índice Amnistía IOR 50/01/00/s.)

6. *Ibid.*, p.3.

7. Egipto firmó y ratificó el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), haciendo una declaración general sobre las disposiciones de la ley islámica y el hecho de que la misma no entra en conflicto con los textos de ambos pactos.

8. Las instituciones privadas deben tomar en cuenta los derechos humanos reconocidos en el plano internacional y en la legislación nacional. Los Estados se comprometen a adoptar medidas contra las acciones de instituciones privadas que directa o indirectamente contribuyan a violar los derechos humanos. La responsabilidad del Estado frente a las violaciones de los derechos humanos incluye el no haber actuado con la debida diligencia, el permitir o expresar su aquiescencia frente a abusos perpetrados por agentes privados. Las violaciones a los derechos ESC también pueden tener lugar mediante la omisión o el fracaso de los Estados en lo relativo a regular actividades de individuos o grupos y así impedirles que cometan tales violaciones.

9. La libertad religiosa está reconocida en el marco de referencia de los derechos humanos como un derecho individual que los poderes públicos deben respetar (art. 18, PIDCP). Algunos Estados teocráticos y otros países que están bajo el control de autoridades religiosas o aquellos que —aun cuando cuenten con garantías constitucionales de laicidad— han adoptado políticas, leyes y decisiones basadas en argumentos dictados por la fe, frecuentemente generan tensiones para los derechos humanos. En algunos casos, estos hechos han motivado preocupaciones expresadas por las organizaciones de derechos

Notas

humanos, incluyendo observaciones de los organismos encargados de la vigilancia del cumplimiento de los tratados. Ver los informes de Amnistía Internacional sobre Afganistán (1999-2001) acerca de las limitaciones y castigos impuestos a las mujeres, incluyendo disposiciones discriminatorias que afectan su derecho a la salud (<http://www.amnesty.org>). Ver también las observaciones finales sobre Egipto del Comité de Derechos Humanos de la ONU, acerca de la ley islámica y el castigo al adulterio (<http://www.un.org>).

10. Amnistía Internacional y Human Rights Watch han utilizado la metodología de la “búsqueda de información” para producir sus informes. CRLP y CLADEM han preparado informes sobre derechos sexuales y reproductivos aplicando la misma metodología, como por ejemplo “*Silence and Complicity. Violence against women in health facilities in Peru*”, Nueva York: CRLP-CLADEM 1999. (Nota de la traductora: tiene versión en castellano: *Silencio y complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*, Nueva York: CRLP, 1999; y *Nada personal. Aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998*, Lima: CLADEM, 1999.) Un resumen en inglés fue publicado como *Nothing personal. A Human Rights Report on the Provision of Surgical Sterilization in Peru*. Nueva York: Center for Reproductive Law and Policy, marzo del 2000.

11. Ver Diane F. Orentlicher, “Bearing Witness: The art and science of human rights fact-finding”, *Harvard Human Rights Journal* 3, 1990, pp. 83-135.

12. De acuerdo al procedimiento de resolución amistosa, una vez que los casos sobre violencia sexual y esterilización forzada fueron admitidos por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, las demandantes lograron llegar a acuerdos que incluían el reconocimiento por parte del Estado peruano de su responsabilidad por las violaciones de

los derechos humanos, reparaciones para las víctimas y el compromiso de adoptar medidas en forma de políticas públicas.

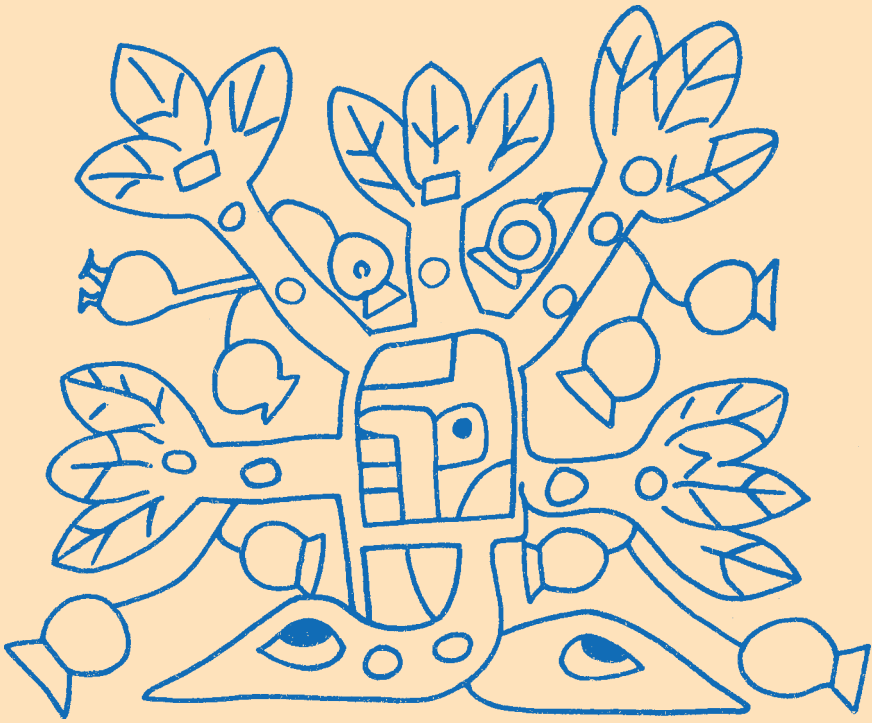
13. Ahora muchas defensoras en África centran su atención en convencer a mujeres respetadas que se encargan de realizar los procedimientos de MGF acerca del grave daño que éstos causan. Una parte fundamental de este trabajo radica en ofrecerles actividades alternativas para la generación de ingresos que gocen de un estatus social similar. La persuasión ha llevado a una reducción significativa de esta práctica en Guinea. Amnesty International, “Broken bodies, shattered minds. Torture and Ill-treatment of women”, Al Index ACT 40/001/2001. United Kingdom: Amnesty International Publications, 2001, p. 21. (Nota de la traductora: hay versión en castellano: “Cuerpos rotos, mentes destrozadas. Tortura y malos tratos a mujeres”, Índice Amnistía ACT40/001/2001/s.)

14. Ver A. E. Yamin y D. P. Maine, “Maternal Mortality as a Human Rights Issue. Measuring Compliance with International Treaty Obligations”, en *Human Rights Quarterly* 21, 1999, pp. 563-607.

15. UNICEF, WHO, UNFPA, *Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services*. Nueva York: UNICEF, WHO, UNFPA, 1997.

16. Redactadas por un grupo de más de treinta expertas/os que se reunieron en enero de 1997 en ocasión del décimo aniversario de la redacción de los Principios de Limburgo, las Directrices de Maastricht son útiles para todas las personas a quienes preocupa comprender y determinar la existencia de violaciones de los DESC, así como ofrecer reparaciones en esos casos. Resultan de particular utilidad para los organismos de monitoreo y arbitraje a nivel nacional, regional e internacional.

17. UNICEF, WHO, UNFPA, *op. cit.*, p.73.





Análisis de caso # 6

Orientación sexual

La historia de Mercy y Susan

Mercy llevaba cinco años de convivencia con su pareja, Susan. Susan era profesora universitaria y Mercy había sido su alumna. Como no podían vivir abiertamente como lesbianas, Mercy y Susan contaban a sus amigas/os y familiares solo una parte de la verdad: Mercy efectivamente trabajaba como asistente de investigación para Susan media jornada y se ocupaba de la casa.

Un día, cuando comenzaba a anochecer, Mercy regresaba a su casa desde el mercado, cuando un grupo de adolescentes —que siempre se burlaban de ella por su apariencia física musculosa y su cabello cortado al ras— le tendió una emboscada. Uno de los jóvenes la violó, diciéndole que lo hacía “por su bien”. A pesar de haber sido severamente golpeada durante la agresión, Mercy logró arrastrarse de regreso hasta su casa.

Cuando llegó Susan, no necesitó hacer pregunta alguna para saber lo que había sucedido a Mercy. Quiso llevarla al hospital de la Universidad, cuya clínica podría brindarle los cuidados necesarios. Mercy tuvo miedo de que la gente en la Universidad descubriera que eran amantes y que a causa de ello Susan pudiera perder su trabajo. Susan también quiso ir inmediatamente a denunciar la violación a la policía, pero Mercy se opuso con mucha firmeza. A Mercy le preocupaba que su tío, que trabajaba para la policía de la localidad, pudiera estar de guardia esa noche. La pareja contaba con dinero suficiente para ir a una clínica privada, pero en ese momento Mercy no quería salir de la casa. Susan se sintió muy frustrada, pero también entendió que los temores de Mercy podían estar justificados.

Dado que la violación había tenido lugar en la mitad de su ciclo menstrual, a Mercy le aterraba la posibilidad de haber quedado embarazada. Pero, más que ninguna otra cosa, lo que le preocupaba era la condición de su agresor frente al VIH. Ella no sabía cuál era la prevalencia del VIH en Sudáfrica, pero había oído decir que era uno de los principales problemas para la salud pública, y también que muchos de los jóvenes que se juntan en las calles y funcionan en pandillas eran VIH positivos. Susan y Mercy analizaron dónde y cómo podrían conseguir un examen confidencial para detectar el VIH. También tenían que averiguar si Mercy estaba embarazada, y discutir la posibilidad de que ella se realizara un aborto o no.

A comienzos de 2002, el gobierno de Sudáfrica había accedido a permitir a las instituciones de salud pública que proporcionaran medicamentos antirretrovirales a las sobrevivientes de violación. Según un estudio de la Universidad de Sudáfrica (UNISA), un millón de mujeres, niñas y niños son violadas/os cada año en el país.

Susan creía saber de varias ONG que podían ayudarlas a conseguir los medicamentos, en caso de que éstos resultaran necesarios. Pero Mercy no estaba segura de que, siendo lesbianas, ellas pudieran acercarse a los establecimientos de salud pública del gobierno o a las ONG. Susan había oído decir que la Nevirapina podía obtenerse a un precio elevado en el sector privado de la salud, pero no sabía en qué situaciones se utilizaba ese medicamento. También había oído decir a fuentes del gobierno que ese medicamento podía no ser seguro.

Fuente: Basado en información que puede consultarse en los sitios de la Asociación Internacional de Gays y Lesbianas (http://www.ilga.org/Information/legal_survey/africa/southafrica.htm) y Behind the Mask: A website on gay and lesbian affairs in Africa (http://www.mask.org.za/SECTIONS/AfricaPerCountry/ABC/south%20africa/south%20africa_index.html) en Internet.

La salud pública y los derechos humanos: políticas sobre diversidad sexual¹

Maria Luiza Heilborn, Regina Facchini y Regina Maria Barbosa²

Maria Luiza Heilborn es profesora de Antropología Médica, especializada en teoría de género y sexualidad humana en el Instituto de Medicina Social de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil. Regina Facchini es investigadora y Regina Maria Barbosa es investigadora consolidada. Ambas trabajan en el Centro de Estudios Poblacionales de la Universidad Estatal de Campinas, Brasil.

Definición de los temas

Este caso plantea temas de derechos y de salud que están vinculados con la libertad para el ejercicio de la orientación sexual. Nuestro análisis desde la perspectiva de la salud pública —y más específicamente de la salud sexual y reproductiva— se apoya en la necesaria interconexión entre la promoción de la salud colectiva y la implementación efectiva de los derechos humanos, así como en la interdependencia e indivisibilidad de los derechos individuales (civiles y políticos) y los derechos económicos y sociales. El caso reúne varios elementos que reflejan la desigualdad a la que se enfrenta la homosexualidad femenina en muchos contextos socioculturales, así como los desequilibrios en las relaciones entre los géneros, en un escenario en el que la violencia física y psicológica se combina con la falta de protecciones sociales. La existencia de políticas efectivas para promover los derechos individuales y servicios de salud apropiados podría ayudar a dar respuestas a estas necesidades. La ausencia o ineficacia de los servicios de atención a la salud, así como de estructuras legales que reconozcan la diversidad sexual, agravan la situación, alimentando los prejuicios y sus posibles consecuencias en los vínculos familiares, laborales y en otras instituciones.

Los discursos y las prácticas de la salud pública y los derechos humanos surgieron ambos en el mismo momento histórico, hace unos 200 años. Sin embargo, tradicionalmente han permanecido en alguna medida separados. Es más, en los textos de las convenciones de derechos humanos, la salud pública aparece como uno de los factores que permiten que ciertos derechos queden en suspenso. En las prácticas tradicionales de salud pública se expresa una relación problemática entre los derechos individuales y los derechos sociales de los grupos, en la cual los primeros suelen ser descuidados e incluso violados en nombre de los

segundos. Esta brecha aparece como un impedimento para que se realice el potencial emancipatorio de los derechos humanos, que requiere que los derechos sociales garanticen las condiciones necesarias para el ejercicio pleno de la ciudadanía individual.³ La reciente incorporación de la sociedad civil organizada a la formulación de políticas de salud implica un giro que ha demostrado —no solo en el caso de la epidemia del SIDA en algunos países— que es posible encontrar un equilibrio en la relación entre los derechos individuales y los derechos sociales en la salud pública.

Una mirada internacional que debe tratar con contextos culturales que difieren enormemente entre sí debe reconocer, por un lado, el potencial emancipatorio de los derechos humanos y su posición como instrumento significativo para construir un espacio democrático público; por el otro, el riesgo de aceptar los parámetros de derechos humanos como leyes naturales (ahistóricas, universales), cosificando así su potencial y convirtiéndolos en una suerte de fundamentalismo.⁴ Muchas sociedades tienen sus propias concepciones sobre la dignidad humana, y todas esas concepciones —incluyendo las que se expresan como derechos humanos— son incompletas. La otredad debe ser reconocida y respetada, alentando el diálogo o la negociación entre las diferentes concepciones de la dignidad humana. Para que el debate que generan los derechos humanos pueda evolucionar hacia un diálogo competitivo entre las diferentes culturas con respecto a estas concepciones, esa competencia debe estar guiada por requisitos máximos y no por el mínimo común denominador. Esto significa que en la lucha por implementar los derechos humanos, inevitablemente surgen trampas en las que se puede caer al poner énfasis en la igualdad o en la diferencia. Por eso, consideramos que “los individuos y los grupos sociales tienen derecho a ser iguales cuando la

diferencia los inferioriza y el derecho a ser diferentes cuando la igualdad los priva de su identidad”.⁵

El caso que aquí se presenta es un ejemplo de una situación en la que se plantean a la salud pública consideraciones tradicionales de derechos humanos: el acceso a la atención de la salud.⁶ La violación afectó la integridad física y mental de la mujer, contraviniendo su derecho a la seguridad personal, y se produjo en conjunto con la discriminación por su orientación sexual (fue agredida por ser lesbiana). El derecho de esta mujer a la vida se vio amenazado por las dificultades a que se enfrenta para acceder a un servicio de salud —aun cuando las mismas sean producto de la falta de información y de la internalización de la exclusión social—, y por ende también se puso en peligro su derecho a la información. Obsérvese que aun cuando la Constitución de Sudáfrica incluye desde mediados de los 90 disposiciones contra la discriminación por orientación sexual,⁷ en el caso presentado para el análisis no se indica si estas mujeres habían tenido acceso a esa información, que resulta fundamental para poder acceder a la atención sanitaria y tomar medidas legales. A pesar de existir una ley antidiscriminatoria, el derecho a la igualdad no estuvo garantizado para esta mujer: ser lesbiana resulta un impedimento para acceder a la policía y a los servicios de salud.

Al mismo tiempo, el número de violaciones que tienen lugar por año indica que la sociedad sudafricana está pasando por una situación de asimetría aguda en las relaciones de género, que viola el derecho a la igualdad. El caso muestra el grado en que estas mujeres son vulnerables tanto individualmente como en cuanto grupo social,⁸ por su orientación sexual y porque el acceso a servicios que están a disposición de “las mujeres en general” no les garantiza que sus necesidades como mujeres que tienen sexo con otras mujeres sean satisfechas. Esas dos dimensiones se interrelacionan de tal manera que resulta imposible analizar la primera sin hacer referencia a la segunda.⁹

La violencia sexual expone a la víctima a varios riesgos que pueden ser perjudiciales para su salud física y mental. Los traumas físicos y ginecológicos, el embarazo, las consecuencias psicológicas y la posibilidad de contraer enfermedades que se transmiten por la

vía sexual (ETS) son las principales preocupaciones en la atención de mujeres que han sido víctimas de violencia sexual.¹⁰ En estos casos, la ley debería ofrecer la posibilidad de interrupción del embarazo y el acceso a anticoncepción de emergencia.

La atención a una mujer víctima de violencia sexual debería brindarse de tal manera que se respete el sufrimiento y la sensación de fragilidad que ella está viviendo, así como su derecho a la información y a la elección respecto a los procedimientos que se van a llevar a cabo. La mujer debería ser atendida por un equipo profesional multidisciplinario que pueda ofrecer asistencia médica, psicológica y legal a las víctimas de la violencia sexual. Estos servicios deberían estar unificados, para acelerar los procedimientos burocráticos que puedan agravar el trauma de la víctima. El acceso a la anticoncepción de emergencia y a las primeras dosis de profilaxis química contra el VIH, la hepatitis y otras ETS le deben ser ofrecidos de inmediato. En coordinación con esas medidas, se debe poner a disposición de las víctimas un servicio responsable para el monitoreo y el apoyo psicosociales; si esto resulta demasiado costoso para el servicio hospitalario, puede hacerse a través de recursos judiciales o policiales. Por ejemplo, en Brasil las regulaciones nacionales describen la necesidad de instaurar servicios integrales de salud, judiciales y de seguridad pública/policiales.¹¹

Estos servicios y respuestas institucionales deberían tomar en cuenta las características específicas de orientación sexual, (falta de) ingresos o escolarización que pueden obstaculizar el acceso a los mismos. En este sentido, el supuesto de la heterosexualidad en la atención a la salud de las mujeres impide que las mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM) accedan a los servicios de salud y también que las/os trabajadoras/es de la salud y quienes diseñan las políticas tengan en cuenta las necesidades específicas de estas mujeres.

Dado que la formulación e implementación de políticas de salud siempre debe asentarse en un contexto socio-histórico específico y que el estatus legal de las relaciones entre personas del mismo sexo es un buen indicador del estado de las políticas dirigidas a las MSM, resulta indispensable evaluar el estatus

de la homosexualidad, desde el punto de vista legal, en cada país. Algunos aspectos importantes de este análisis son la medida en que la homosexualidad masculina o femenina está penalizada, y si se garantizan o no derechos específicos en reconocimiento a las características específicas de estos grupos.

Una evaluación internacional de esta situación,¹² publicada en 1999 por la Asociación Internacional de Lesbianas y Gays (ILGA, por sus siglas en inglés), muestra un cuadro bastante precario. De los 212 países estudiados —excluyendo a los EEUU, donde cada estado tiene una legislación diferente—, la práctica de la homosexualidad masculina es ilegal en el 41,5% de ellos y la homosexualidad femenina en el 20,7%. El lesbianismo aparece con menor frecuencia en la legislación discriminatoria contra la homosexualidad: en el 36,8% de los países las leyes no mencionan a las mujeres, mientras que solo en el 11,8% no se menciona a los hombres.

En países donde se reconocen los derechos de las/os homosexuales, el panorama cambia ligeramente: el 37,3% de esos países tienen leyes relativas a las lesbianas y el 41,5%, a los varones homosexuales. El hecho de que la discriminación tanto positiva como negativa sea menos frecuente respecto al lesbianismo y que existan menos referencias a las lesbianas que a los *gays*, no implica una mayor tolerancia sino más bien una menor visibilidad social. Los países en los cuales la homosexualidad femenina es ilegal se concentraron en su mayoría en Medio Oriente y en el África. Lo curioso es que Sudáfrica, donde tuvo lugar el caso que estamos analizando, fue el primer país cuya Constitución¹³ prohibió la discriminación por orientación sexual, lo que nos recuerda la distancia que frecuentemente existe entre la ley y la práctica.

La relativa escasez de estudios sobre las lesbianas y la atención a la salud refleja que en el campo de la salud, la preocupación por el tema de la diversidad sexual en las mujeres es muy reciente. Una revisión de la literatura producida entre 1970 y 1990¹⁴ dio como resultado solo 28 estudios, todos ellos realizados en EEUU. Otra revisión sobre salud y diversidad sexual realizada en el 2000 por la Asociación Médica Gay-Lésbica (Gay and Lesbian Medical Association) y el Centro para la Salud de Lesbianas, Gays, Bisexuales

y Transgéneros (Center for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health) de la Universidad de Columbia incluye un gran número de referencias.¹⁵ Con excepción de la literatura sobre transgéneros, la mayoría de los estudios sobre diversidad sexual y salud provienen de EEUU, seguido por Inglaterra, Holanda, Canadá y Australia. Este perfil muestra la enorme falta de información acerca de las demandas de estas mujeres en torno a sus derechos y su salud en los países donde las personas a quienes se clasifica como homosexuales resultan más vulnerables.

Los estudios realizados en América del Norte han planteado la hipótesis de que las lesbianas corren más riesgo que las mujeres heterosexuales frente al cáncer de mama debido a la prevalencia de factores de riesgo como la obesidad, la ingesta de alcohol, la nuliparidad y las bajas tasas de realización de estudios para detectar el cáncer de mama.¹⁶ Es cierto que los riesgos de salud a que se enfrentan las lesbianas y mujeres bisexuales dependen en gran medida de factores que varían de acuerdo a los sectores socio-culturales a los que pertenecen, como el estilo de vida y el acceso a la información. Se han realizado estudios en contextos culturales diferentes para brindar un panorama adecuado de las demandas de salud de esta población. Las investigaciones acerca de la atención a la salud muestran bajas tasas de realización de Pap y de autoexamen de mamas entre las lesbianas.¹⁷ Las razones que se dan para este perfil indican que estas mujeres se enfrentan a problemas de discriminación y que no siempre procuran tratamiento cuando lo necesitan. Además, “hay pruebas de que la homofobia en los servicios de salud lleva a estas mujeres a procurar la atención a la salud con menor frecuencia que las mujeres heterosexuales”.¹⁸ Es probable que solo lo hagan cuando surjan problemas graves y en el momento en que estén sufriendo trastornos de salud serios. El conocimiento por lo general escaso que existe acerca de las condiciones de salud en este grupo contribuye a la persistencia de ideas erróneas, como la que afirma que el sexo entre mujeres carece de riesgo, o que todas las mujeres son heterosexuales. Estas ideas llevan a una consejería inadecuada sobre las ETS y a la imposibilidad de responder en forma adecuada a las verdaderas necesidades de estas mujeres en materia de salud.

Instituciones y actores

Cuando se tienen en cuenta la situación de exclusión y vulnerabilidad descrita en el caso que aquí se presenta y la invisibilidad social que rodea a la homosexualidad femenina, así como las evidencias acerca de la naturaleza específica de las demandas de salud de esta población, resulta claro que la respuesta al tipo de situación descrita es responsabilidad de múltiples actores e instituciones que van más allá del campo de la salud pública. La falta de programas, instituciones o procedimientos apropiados en la esfera de la salud pública para abordar en forma apropiada la situación aquí descrita refleja el grado de discriminación que existe en relación a la homosexualidad femenina. Las respuestas deberían estar basadas en el principio de la equidad, entendido como la disposición a reconocer los derechos de cada persona a la luz de sus diferencias.

La intervención depende en primer lugar de si las leyes del país discriminan o no la homosexualidad. En países donde existe esta clase de legislación, se requiere de una intervención en la esfera legal para despenalizarla antes de dar cualquier respuesta de salud. En los países donde la homosexualidad no está penalizada, el esfuerzo inicial apuntaría a incrementar la visibilidad de este sector de la población y a identificar sus demandas y necesidades. En el caso de Sudáfrica, esta sería una manera de aplicar efectivamente la disposición constitucional contra la discriminación por orientación sexual. En cualquier política de planificación en salud, se hace necesario tener en cuenta los marcos de referencia cultural y legal.

Considerando la carencia de instituciones y programas dirigidos específicamente a las lesbianas — como lo atestigua la falta de estudios acerca de las demandas de estas mujeres en la mayoría de los países —, un primer paso podría ser la identificación de los actores sociales sensibles al tema y la creación de alguna clase de alianza con ellos. A veces existen obstáculos debido a las normas culturales y de género, y al grado de organización del movimiento lésbico o del movimiento feminista. Solo en épocas bastante recientes el propio feminismo ha reconocido en forma explícita la diversidad sexual como un tema de la agenda de los derechos reproductivos y sexuales. Una posible

respuesta incluiría la acción para generar capacidad y conciencia entre las personas que trabajan en los servicios de salud y que atienden casos de violencia y ETS, así como la creación de instituciones o consejos que estudien la visibilidad social de estos asuntos. En primer lugar, y como aspecto más importante, se debe crear conciencia acerca de la diversidad sexual como cuestión de derechos humanos.

Una vez que se han identificado los actores que pueden apoyar la idea de dar visibilidad a esta población y sus demandas, lo que sigue es una serie de medidas que solo tendrán éxito si están pensadas como un todo integrado. Los servicios de salud pública — especialmente los que se ocupan de salud sexual y reproductiva — y los que atienden a víctimas de violencia sexual, deberían comenzar por incluir la categoría “orientación sexual” en las historias clínicas y capacitar a las/os trabajadoras/es del sistema público de salud en derechos sexuales, sexualidad y diversidad sexual. El fortalecimiento de capacidades debería poner énfasis en la privacidad y confidencialidad de esta información, no solo para preservar su calidad sino especialmente para proteger a las mujeres de la discriminación. Tal vez una estrategia adecuada para introducir este tema sería comenzar por los servicios en los que las/os trabajadoras/es de la salud ya están capacitadas/os para tratar temas delicados, como las consejerías en ETS/SIDA o violencia sexual.

Esta iniciativa podría combinarse con el financiamiento para realizar de inmediato estudios de evaluación y con la distribución de sus resultados para que los mismos influyan sobre las actividades clínicas de las/os trabajadoras/es de la salud. En un estadio posterior, se podrían agregar seminarios para difundir y dar a conocer estudios y para evaluar las experiencias de los distintos servicios de salud. Esto puede conferir al tema una mayor cobertura y visibilidad en los círculos académicos, lo que a su vez podría ayudar a reducir el prejuicio social.

En otro nivel, una campaña de comunicación podría reducir el prejuicio y brindar información sobre los derechos, utilizando una variedad de medios y tipos de mensajes cuyos temas provendrían de las demandas que presentan los grupos homosexuales organizados. En Brasil, estudios recientes sobre el impacto de

una campaña que trata sobre los vínculos familiares y la aceptación de la homosexualidad masculina, que asociaba las ideas de gestión y defensa de derechos, reducción de prejuicios y promoción de la salud, mostraron que la misma alcanzó altos niveles de aceptación. Insertar mensajes en programas de radio y televisión, así como publicar artículos en periódicos y revistas, puede convertirse en un componente importante del esfuerzo por dar visibilidad al tema desde la perspectiva de la diversidad de orientaciones sexuales y del derecho de las personas a la salud y a vivir libres de discriminación.

Propuesta para la intervención/respuesta

El principio fundamental que subyace a la propuesta de intervención que aquí presentamos es la promoción de la equidad. Por exigua que pueda ser esta población, está excluida del acceso a una apropiada atención de sus necesidades de salud a causa de la ignorancia acerca de cuáles son esas necesidades. La invisibilidad de esta población también implica el desperdicio de recursos para la atención en salud cuando, presuponiendo la heterosexualidad, se les prescriben anticonceptivos, se les brinda consejería sobre el sexo seguro o materiales para el mismo, lo que redundará en una falta de eficiencia en cuanto al tratamiento de las verdaderas demandas de estas mujeres.

En lo relativo a los posibles conflictos entre una política general de salud y los esfuerzos centrados en este grupo específico, las autoras entienden que los recursos a veces resultan insuficientes para satisfacer las demandas de salud de la población. Sin embargo, no deberían utilizarse criterios basados en prejuicios para elegir qué poblaciones van a recibir atención y qué demandas se van a satisfacer. Por ejemplo, en estos últimos años la epidemia del VIH/SIDA en Brasil ha sacado a la luz demandas de salud y grupos poblacionales, así como temas que habían estado silenciados por los valores morales prevalentes en la sociedad brasileña. Por esa razón temas tales como la homosexualidad masculina, el uso de drogas, la sexualidad entre adolescentes y personas de la tercera edad, así como la posible infidelidad conyugal, se han convertido en cuestiones de debate social cotidiano.

En cualquier caso, la creación de servicios que apunten específicamente a las lesbianas o a las mujeres bisexuales debería tener en cuenta la existencia de una demanda en este sentido por parte de la sociedad civil y debería ser evaluada con cuidado, de acuerdo a condiciones locales específicas, ya que las propuestas de este tipo pueden generar conflictos, agravar los prejuicios existentes e incluso dificultar el acceso a la población en cuestión. La estrategia —al menos en países donde no existe una clasificación clara que diferencie a heterosexuales de homosexuales— radica en ofrecer capacitación universal a las/os trabajadoras/es de la salud que se desempeñan en servicios públicos considerados estratégicos y delicados (servicios que atienden “la salud de las mujeres”, las ETS/SIDA, la salud mental, la violencia sexual), hacer que los servicios de salud se familiaricen con la idea de adecuar la atención que brindan a la diversidad sexual de la población, y reiterar que esas poblaciones tienen derecho a acceder a los mismos. Los argumentos en apoyo de esta última acción deberían estar basados en los derechos humanos y en el derecho a la igualdad y a la equidad en cuestiones de salud. En segundo lugar, esta capacitación debería extenderse a las/os trabajadoras/es de la salud que se desempeñan en servicios de atención básica. El reconocimiento de la importancia de la diversidad sexual por parte de los programas de salud alimentará el debate social en torno a la sexualidad femenina y los derechos sexuales de las mujeres.

Barreras culturales y socioeconómicas que impiden una respuesta efectiva

Una de las primeras barreras culturales para la implementación de una respuesta efectiva es la que resulta de las asimetrías que existen en las relaciones de género. Un factor relacionado con ella es la negación de la sexualidad femenina y el supuesto de la heterosexualidad, un rasgo cultural presente en muchas sociedades occidentales.¹⁹ En sociedades no occidentales que no están constituidas sobre la base de la idea de “individuo”, la situación es diferente y necesita ser abordada por separado, ya que nociones tales como “heterosexualidad” y “homosexualidad” no pueden utilizarse como parámetros para entender sociedades en las que no existen categorías autócto-

nas para esa clasificación.²⁰ Sin embargo, podemos procurar comprender la forma en que abordan las distintas sociedades el hecho concreto de la existencia de relaciones sexuales entre individuos del mismo sexo biológico,²¹ así como en qué medida esa visión viola el derecho a la vida y a la salud.

Otra dificultad tiene que ver con los temas religiosos. La penalización de la homosexualidad aparece con mayor intensidad en los países en los que no existe una separación efectiva entre Iglesia y Estado, o donde existe una marcada interferencia de la religión en la esfera política.²² Es el caso de los países musulmanes e incluso de algunos países latinoamericanos, en los que la separación entre Estado y religión no es clara, ya sea debido a la influencia tradicional de la Iglesia Católica o a la influencia creciente de las religiones neopentecostales. Por ejemplo, en países donde el ascendiente religioso es fuerte, ha resultado muy difícil implementar leyes que brinden un mayor acceso al aborto en los casos permitidos por la ley o uniones civiles entre personas del mismo sexo.

El caso del Perú resulta bastante llamativo: en octubre de 2002, una enmienda constitucional estableció que debe preservarse la vida desde el momento de la concepción. Los argumentos que se utilizaron para defender la distribución de información sobre prevención de ETS/SIDA son otro buen ejemplo de esta forma de pensar. En este sentido, los gobiernos han afirmado que el derecho de la población a la vida y la salud debe prevalecer por sobre las creencias y valores religiosos.²³

La superación de los desafíos culturales y religiosos que se presentan ante cualquier esfuerzo por promover una gestión y una defensa explícitas de los derechos de las mujeres que tienen sexo con mujeres, depende de los recursos sociales y políticos en el plano local. Se pueden sugerir varias estrategias: realizar demostraciones públicas; llevar el tema a los medios y a las producciones artísticas; proponer nuevas leyes; establecer alianzas con los Estados o con agencias privadas de financiamiento para fortalecer las capacidades políticas de la sociedad civil; incorporar el tema de la diversidad sexual a los contenidos de educación sexual que se ofrecen en las escuelas; llevar el tema a las universidades y a la investigación científica; y

crear grupos que defiendan este tema al interior de las instituciones religiosas (o fortalecer los que ya existan). La respuesta parece estar en el fortalecimiento de la separación entre Iglesia y Estado, así como de las instituciones y mecanismos democráticos, al menos en países en los que existe algo de tradición en cuanto a esta clase de organización política. En países que están alejados de conceptos como los de individualidad y democracia, la solución que sugiere Boaventura de Sousa Santos²⁴ —es decir el diálogo acerca de las concepciones sobre la dignidad humana— parece ser la más apropiada. Para reducir el riesgo de agravar los problemas existentes, se debe tener cuidado de evitar conflictos y situaciones de imposición cultural al intentar mejorar las condiciones de vida y de salud de las mujeres que tienen sexo con mujeres.

Las diferencias de recursos y condiciones económicas afectan la posibilidad que tienen estas mujeres de satisfacer sus necesidades en dos sentidos: en lo relativo al acceso a la información y al acceso a la atención de la salud, tratamiento, descanso y nutrición apropiados. Un enfoque de salud pública debería confrontar estos problemas procurando asegurar el acceso a los servicios de salud de calidad a toda la población, reconociendo al mismo tiempo que existen demandas de salud que son específicas de las MSM y haciendo que todos los tratamientos, inclusive la medicación, estén a disposición de por lo menos los grupos poblacionales más necesitados. Otra posibilidad sería la de organizar sistemas de alianza y derivación entre distintos servicios de salud con el fin de optimizar la aplicación de los recursos y dirigir las demandas del público hacia otros establecimientos públicos u organizaciones de la sociedad civil que puedan colaborar para satisfacerlas. Como los recursos son siempre escasos, otras formas de promover la visibilidad de los problemas y satisfacer necesidades de salud de las MSM contribuyen a incrementar el número de respuestas sociales adecuadas.

Indicadores de resultados y objetivos de la intervención

Los indicadores de resultados positivos se pueden medir en términos de la cantidad de servicios que tienen en cuenta la diversidad sexual:

- En sus directivas (manteniendo registros permanentes del número de mujeres atendidas, la naturaleza de sus demandas, y su grado de satisfacción).
- En sus prácticas (inclusión de la orientación sexual en las historias clínicas y mantenimiento de registros para medir/evaluar la demanda).
- Por el número de trabajadoras/es de la salud que reconocen la importancia del tema.
- Por la oferta de fortalecimiento de capacidades para trabajadoras/es de la salud.
- Por la cantidad de fondos asignados a programas específicos.
- Por la escala que representa ese financiamiento en proporción al tamaño estimado de la población (si se cuenta con esta información).
- Por el monto de dinero para investigación destinado específicamente a proyectos cuyo diseño y análisis incorporen este tema.
- Por el número de tesis producidas sobre este tema, así como de estudios relevantes publicados y/o presentados en congresos.
- Por la cantidad de material educativo producida.
- Por el número de artículos aparecidos en la prensa y de campañas destinadas a reducir los prejuicios e incrementar la conciencia acerca de los derechos ligados a la diversidad sexual.

Desde el punto de vista cualitativo, deberíamos:

- Investigar por qué las mujeres procuran, o no procuran, atención médica en los servicios que incorporan la diversidad sexual entre sus directrices.
- Entre las que procuran esa clase de atención, investigar las razones de satisfacción e insatisfacción, e identificar las demandas que no son satisfechas.
- Evaluar los cambios en actitudes y prácticas de las/os trabajadoras/es de la salud que han recibido formación/fortalecimiento de capacidades.
- Evaluar la forma en que el público en general recibe las campañas para combatir el prejuicio y brindar información sobre derechos.

En resumen, los objetivos en el mediano plazo serían:

- Tornar visible a esta población y sus demandas.
- Reconocer las necesidades de salud específicas de estas mujeres y procurar que sean satisfechas por los servicios y programas de salud.
- Reducir el grado de prejuicio y discriminación que existe en los servicios de salud.
- Introducir la orientación sexual como una preocupación en los estudios sobre salud sexual y reproductiva, y sobre violencia contra las mujeres.
- Introducir el tema de la diversidad sexual entre hombres y mujeres en los planes de estudio universitarios ligados a la salud, incluyendo los de salud mental, educación, ciencias sociales y ciencias jurídicas.

Los objetivos en el largo plazo serían reducir el grado de discriminación social y alcanzar la equidad y la calidad en la atención de las demandas de salud, así como en materia de los derechos sexuales y reproductivos de esta población.

Consideraciones específicas sobre la recolección e interpretación de datos

Al recoger e interpretar los datos, el grado de prejuicio y discriminación social exige que se preste una atención considerable a las cuestiones éticas, desde el modo en que se formulan las preguntas de la investigación hasta la interpretación y descripción de los resultados.²⁵ Tanto en la formulación de la metodología como en el proceso de recolección de datos, se debería tener en cuenta el grado de invisibilidad y discriminación social que rodean al tema de la homosexualidad y la bisexualidad femeninas. En este sentido, se deberían utilizar estrategias específicas para garantizar el acceso y la calidad de la información, de modo que no se profundice la vulnerabilidad de este grupo poblacional.²⁶ En los estudios que utilizan muestras basadas en hogares o servicios de salud, reviste fundamental importancia

tener sumo cuidado en proteger la privacidad y confidencialidad de la información personal.²⁷ Al elaborar instrumentos para la investigación, se debe hacer el mayor esfuerzo posible por brindar a las mujeres la oportunidad de responder a las preguntas más delicadas de manera que sus respuestas sean anónimas. Como cuestión ética, la investigadora o investigador debe contar con materiales educativos y/o informativos relativos al tema que está investigando, para compartir con las informantes y brindarles acceso a una sesión informativa posterior a la entrevista de recolección de datos.

Diálogos entre diferentes esferas de acción

Las esferas de los derechos humanos y de la salud pública se afectan e influyen mutuamente. No solo porque la promoción de la salud pública contribuye a la construcción y aplicación efectiva de los derechos humanos, sino porque la promoción y aplicación efectiva de los derechos humanos es fundamental para mejorar la calidad y la efectividad de las intervenciones en salud pública.²⁸

El caso de Brasil, cuando comenzó la epidemia de VIH/SIDA, es un buen ejemplo de cómo la esfera de la salud pública y la de los derechos humanos pueden entrelazarse con el objeto de mejorar las condiciones sanitarias y promover la conciencia y la movilización por derechos efectivos entre un grupo poblacional estigmatizado. Incluso en las convenciones internacionales de derechos humanos se menciona a la salud pública como uno de los factores que pueden invocarse para suspender o restringir derechos, especialmente los derechos individuales.²⁹ Esa prerrogativa debe ir acompañada de un análisis cuidadoso de la validez técnica y ética de la suspensión de derechos en las medidas y políticas de salud pública.³⁰ No percibimos diferencias o conflictos significativos en términos de objetivos o abordajes entre los derechos humanos y la salud pública, dado que ambos campos buscan promover el bienestar y mejorar las condiciones de vida, y tomando en cuenta la interdependencia e indivisibilidad de los derechos individuales y sociales a la vez que se reconoce la diversidad existente entre las personas. ■

Notas

1. Este artículo y las propuestas de intervención que en él se presentan se basan en una revisión de la literatura existente acerca del marco legal para la homosexualidad femenina y las demandas de salud de las mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM), así como en entrevistas con trabajadoras/es e investigadoras/es de la salud y líderes del movimiento lésbico-feminista. Se llevó a cabo un total de seis entrevistas en septiembre de 2002, en São Paulo, Brasil. Los criterios utilizados para elegir a las trabajadoras/es e investigadoras/es en salud a ser entrevistadas/os para la redacción de este artículo fueron: que estuvieran participando en investigaciones de salud y/o intervenciones en el campo de los derechos y la salud sexual y reproductiva, y la calidad/adecuación de la atención, y a la vez estuvieran familiarizadas/os con temas de violencia sexual, violencia institucional, derechos humanos y salud, diversidad sexual y salud. A las trabajadoras/es de la salud entrevistadas/os se les presentó el caso a analizar, y el conjunto de preguntas sugeridas como guía para elaborar el artículo. En la consulta con las activistas, las preguntas se adaptaron para analizar también otras demandas en términos de la salud y los derechos colectivos que surgen de sus experiencias cotidianas. Las/os entrevistadas/os subrayaron unánimemente la necesidad de llevar a cabo más investigaciones para profundizar la reflexión acerca de los temas planteados y para que las perspectivas de salud pública y derechos humanos se unan para promover respuestas efectivas a los problemas presentados.

2. Agradecemos la colaboración de las/os siguientes trabajadoras/es de la salud y/o investigadoras/es a quienes entrevistamos o consultamos para escribir este texto: Ivan França Jr., profesor de la Facultad de Salud Pública, Universidad de São Paulo; Wilza Vieira Villela, Asistente Técnica de la Dirección del Instituto de Salud, Departamento de Salud del Estado de São Paulo; Ana Flávia Lucas Pires de d'Oliveira, Departamento de Medicina

Preventiva, Facultad de Medicina, Universidad de São Paulo; Valdir Monteiro Pinto, Asistente Técnico de la Dirección de Atención Integral en Salud, Centro de Referencia y Capacitación en ETS/SIDA, Departamento de Salud del Estado de São Paulo; Marisa Fernandes, coordinadora del Coletivo de Feministas Lésbicas de São Paulo; Miriam Martinho y Luiza Granada, coordinadoras, Rede de Informação Lésbica *Um Outro Olhar*.

3. I. França-Jr, J. R. Ayres, G. Calazans, "Saúde coletiva e direitos humanos: um diálogo possível e necessário", Documento presentado ante el IV Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, Salvador, Bahía: agosto-septiembre 2000; J. M. Mann, *et al.* "Health and Human Rights", en *Health and Human Rights: A Reader*. J. M. Mann, ed. Nueva York: Routledge, 1999.

4. B. de S. Santos, "Uma concepção multicultural de direitos humanos", en *Lua Nova* N° 39, 1997, pp. 105-124.

5. *Ibid.*, p. 122.

6. J. M. Mann, *et al.*, *op. cit.*

7. Asociación Internacional de Lesbianas y Gays, ILGA, *Annual Report 1995-1996*. Se puede consultar en línea en <http://www.france.qrd.org/assoc/ilga/report96.html>

8. J. R. Ayres, *et al.*, "Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS", en *Sexualidades pelo avesso*. R. M. Barbosa y R. Parker, eds. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, São Paulo, Ed. 34, 1999, pp. 49-72.

9. El concepto de vulnerabilidad, tal como lo propone Mann, se basa en la interconexión que existe entre la salud pública y los derechos humanos.

10. Brasil, Ministerio de Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área técnica de Saúde da Mulher, *Norma técnica: prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. Brasília: Ministerio de Saúde, agosto del 2002. Se

puede encontrar en línea en <http://www.aids.gov.br/final/assis/norma.zip>.

11. *Ibid.*

12. Asociación Internacional de Lesbianas y Gays (ILGA), *Annual Report 1999*. En línea en: <http://www.cogailes.org/ilga/repilga99texte.html#status>.

13. ILGA, *Annual Report 1995-1996*.

14. P. E. Stevens, "Lesbian Health Care Research: A Review of the Literature from 1970-1990", en *Health Care for Women International* 13, N° 2, 1992, pp. 91-120.

15. Gay and Lesbian Medical Association y Columbia University Joseph L. Mailman School of Public Health Center for Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health, *Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Health: Findings and Concerns*. Enero del 2000. Edición de la conferencia (trabajo en curso). En línea en: <http://www.glma.org.br/policy/whitepaper/hpwp.html>.

16. R. Denenberg, "Report on Lesbian Health", *Women's Health Issues* 5, N° 2, 1995, pp. 181-191.

17. S.J. Deevy, "Older Lesbian Women: An Invisible Minority", en *Gerontol Nurse* 16, N° 5, 1990, pp. 35-9; R. Denenberg, "A History of the Lesbian Health Movement", en *The Lesbian Health Book: Caring for Ourselves*. M. C. Martinez y J. C. White, eds., Seattle: Seal Press, 1997; A. L. Diamant, C. Wold, K. Spritzer y L. Gelberg, "Health Behaviors, Health Status, and Access to and Use of Health Care: A Population-Based Study of Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Women", en *Archives of Family Medicine* 9, N° 10, noviembre-diciembre del 2000, pp. 1043-51.

18. K. A. O'Hanlan, "Lesbian Health and Homophobia: Perspectives for the Treating Obstetrician/Gynecologist", en *Current Problems Obstetric and Gynecologist Fertil.* 18, 1995, pp. 93-136.

19. Judith Butler, *Gender Trouble: Feminism and Subversion of Identity*. Nueva York: Routledge, 1990. (Nota de la traductora: hay versión en castellano: *El género en disputa*, Paidós); Adrienne Rich, "Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence", *Signs* 5, N° 4, 1980, pp. 631-660. (Nota de la traductora: hay versión en castellano: "Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana", *DUODA, Revista d'estudis feministes*, N° 10, pp. 15-45); G. S. Rubin, "Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality", en *Social Perspectives in Lesbian and Gay Studies: A Reader*. P. M. Nardi y B. E. Schneider, eds. Nueva York: Routledge, 1998, pp. 100-133. (Nota de la traductora: hay versión en castellano: "Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad." En *Placer y peligro: explorando la sexualidad femenina*).

20. P. Clastres, "O arco e o cesto", en *A sociedade contra o Estado*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988, pp. 71-89; P. Fry y E. MacRae, "Mulheres, homens, berdaches, bichas e sapatos", en *O que é homossexualidade*. São Paulo: Brasiliense, 1991, pp. 33-59.

21. Gay and Lesbian Medical Association, *op. cit.*

22. ILGA, *Annual Report 1999*.

23. D. Altman, *Poder e comunidade: respostas organizacionais e culturais a AIDS*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, ABIA, OMS/UERJ, 1995; "Saúde alerta igreja sobre perigos da resistencia ao uso de preservativos", en *Folha de São Paulo*, São Paulo: 5 de julio del 2000, p. A9; P. R. Teixeira, "Cercoamento pode constituir risco a saúde", en *Folha de São Paulo*, São Paulo: 8 de junio del 2000, p. A3.

24. B. de S. Santos, *op. cit.*

25. Brasil, Conselho Nacional De Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, Normas para pesquisa envolvendo seres humanos: resolução CNS

Notas

196/96 e outras (Brasília: Ministério da Saúde, 2000). Se puede consultar en línea en http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/Normas_Pesquisa.pdf; Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. (Nota de la traductora: en castellano: *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos*. Ginebra: WHO, 1993. Se puede consultar en línea en: <http://www.uchile.cl/bioetica/pautas/pautas.htm>.)

26. J. Bradford, J. White, J. Honnold, C. Ryan y E. Rothblum, "Improving the Accuracy of Identifying Lesbians for Telephone Surveys about Health", en *Women's Health Issues* 11, N° 2, marzo-abril del 2001, pp. 126-37; Y. B. Chung y M. Katayama, "Assessment of Sexual Orientation in Lesbian/Gay/Bisexual Studies" en *Journal of Homosexuality* 30, N° 4, 1996, pp. 49-62; R. L. Sell y C. Petruccio, "Sampling Homosexuals, Bisexuals, Gays, and Lesbians for Public Health Research: A Review of the Literature from 1990 to 1992", en *Journal of Homosexuality* 30, N° 4, 1996, pp. 31-47.

27. Brasil, Conselho Nacional de Saúde, *op. cit.*; Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), *op. cit.*

28. França-Jr, *et al.*, *op. cit.*; L. Gostin and J. M. Mann, "Toward the development of a human rights impact assessment for the formulation and evaluation of public health policies", en *Health and Human Right: A Reader*. J.M. Mann. Nueva York: Routledge, 1999.

29. França Jr, *et al.*, *op. cit.*

30. *Ibid.*; Gostin y Mann, *op. cit.*

Otras referencias

Conferencia Nacional de Mulheres Brasileiras (2002). *Plataforma Política Feminista*. Brasília-DF.

Fry, P. y E. MacRae (1991). "Mulheres, homens, berdaches, bichas e sapatões", en *O que é homossexualidade*. São Paulo: Brasiliense, pp. 33-59.

Haynes, S. (1995). "Breast Cancer Risk: Comparisons of Lesbians and Heterosexual Women", en *Cancer and Cancer Risks Among Lesbians*. D.J. Bowen, ed. Seattle: Fred Hutchinson Cancer Research Center Community liaison Program.

Herdt, Gilbert (1997). *Same Sex/ Different Cultures, Exploring Gay and Lesbian*

Lives. Colorado: Westview Press.

Pinto, V.M. (2002). "Mulheres que fazem sexo com mulheres". Ponencia presentada en el IV Congresso Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Manaos: mimeo.

Raiteri R., I. Baussano, M. Giobbia, R. Fora and A. Sinicco (1998). "Lesbian Sex and Risk of HIV Transmission", *AIDS* 12, N° 4, pp. 450-1.

Rede de Informação Um Outro Olhar (2002). "Especial: conquistas lésbicas no movimento de mulheres," en *Um Outro Olhar* 37, pp. 14-19.

Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (2001). *Jornal da*

Redesaúde, diciembre, p. 24.

Roberts, S. A., *et al.* (1998). "Differences in Risk Factors for Breast Cancer: Lesbian and Heterosexual Women", en *Journal of the Gay and Lesbian Medical Association* 2, N° 3, pp. 93-101.

Young, R. M., G. Weissman y J. Cohen (1992). "Assessing Risk in the Absence of Information: HIV Risk Among Injection Drug Users Who Have Sex with Women", en *AIDS & Public Policy Journal* 7, N° 3, pp. 175-183.

Un abordaje desde los derechos humanos a los temas de la diversidad sexual

Alice Miller

Alice Miller es profesora adjunta de Salud y Clínica de Poblaciones y Familia en el Departamento Heilbrunn de Salud Poblacional y Familiar de la Facultad de Salud Pública Mailman de la Universidad de Columbia, en la ciudad de Nueva York.

Definición de los temas

¿Qué significa “encarar un abordaje desde los derechos humanos”?

Para el caso analizado aquí, llevar a cabo un “abordaje de derechos” exige que vayamos más allá de la “descripción y prescripción” que suelen encontrarse en los informes tradicionales de derechos humanos, para embarcarnos en preguntas mucho más complicadas y específicas según el contexto: ¿cómo se tornan reales los derechos?, ¿cómo se modifican los servicios?, ¿cómo se convence a quienes diseñan las políticas y a las autoridades locales de que deben cambiar sus prácticas?, y ¿cómo las personas afectadas se movilizan y actúan como si esos derechos de verdad pudieran respaldar sus acciones y sus demandas? ¿Cómo operan los derechos, no solo en tanto remedios extraordinarios ante crímenes impensables, sino como herramientas cotidianas para transformar y fortalecer la dignidad y la justicia en las vidas de diversas personas? En un caso como este, en el que el género, la orientación sexual, la raza, la clase, el nivel educativo y el empleo se entrecruzan con las estructuras de la justicia penal y la organización de los servicios de atención a la salud, entramos en terreno abierto: ¿cómo pensamos la relación entre las estructuras formales de derechos, las estructuras de los servicios de salud y las condiciones que hacen posible que un número mayor de mujeres y hombres puedan vivir sus vidas “libres e iguales en dignidad y derechos”?

Este artículo se centra en la dinámica que existe entre lo que podría llamarse trabajo “formal” e “informal” en derechos, los componentes objetivos y subjetivos del cambio. Intenta reflexionar acerca de las tensiones que existen al interior de las respuestas desde los derechos, como por ejemplo la elaboración incompleta e inconsistente de criterios en torno a la sexualidad, y las tensiones ligadas a la movilización a partir de

historias de abusos para cambiar las políticas públicas y las leyes, y la experiencia de la persona cuya historia se cuenta. La pregunta central es: una vez que hemos trazado el mapa del universo de respuestas posibles basadas en los derechos, ¿cómo establecemos opciones que guíen nuestro trabajo en el nexo crítico que existe entre la puesta en marcha de la capacidad de un sistema (la salud o la justicia penal) para responder de la forma más adecuada posible y el incremento de la posibilidad de que las personas más afectadas por un determinado daño o las más necesitadas perciban que pueden y deberían acceder a ese sistema?

La naturaleza de la intervención: trabajo formal e informal en torno a los derechos

Cada vez más se reconoce que el trabajo en torno a los derechos abarca muchas metodologías, esferas de acción y discursos diferentes. La forma sintética que se utilizará aquí para capturar esa multiplicidad de formas es “formal” e “informal”. Pero se trata de prácticas que se superponen entre sí y se constituyen mutuamente, y estos términos no pretenden poner en juego una taxonomía estricta sino apenas sugerir algunas diferencias en cuanto al foco, la práctica y las reivindicaciones.

El trabajo formal en derechos interpela a las estructuras del Estado mediante la invocación de normas y estándares que han sido elaborados a nivel local, nacional e internacional. Puede tomar la forma de la documentación de abusos, el llamar la atención del público en lo que atañe a la diferencia entre la promesa contenida en una norma y las prácticas que se dan en la realidad, y el movilizar la atención local e internacional para producir cambios. Cada vez más este modelo de “exponer y denunciar” está siendo acompañado de otra forma de trabajo explícito en torno a los estándares de derechos, que se concentra en elaborar, concretar y monitorear los efectos de pro-

gramas basados en criterios y principios de derechos humanos. En ambos enfoques, se recurre a criterios que cuentan con legitimidad pública para movilizar la atención y hacer que los actores modifiquen las políticas o prácticas que tuvieron como resultado el abuso o que llevaron a que no se crearan las condiciones necesarias para el goce de los derechos.

Así, en el trabajo formal en torno a los derechos el concepto de “rendición de cuentas” y la práctica de la movilización pública juegan papeles centrales. El trabajo informal en torno a los derechos también puede girar en torno a la idea de movilización, pero su lógica primaria surge de centrarse en los derechos encarnados subjetivamente y contingentes a la creación de condiciones que faciliten a personas diferentemente situadas la posibilidad de conocerlos, reivindicarlos y ejercerlos. Una atractiva versión de esta reivindicación, internalizada y presentada de manera más subjetiva, puede encontrarse en la formulación que hace el International Reproductive Rights Research and Action Group (Grupo Internacional para la Investigación y Acción en Derechos Reproductivos, IRRRAG), que habla de la presencia de “una convicción acerca de lo correcto de la propia reivindicación, sin que tal vez exista el reconocimiento formal público o legal que implican los ‘derechos’”.¹

Cada vez más, tanto el trabajo formal como el informal en torno a los derechos apuntan sus demandas a las condiciones sociales que permiten que dos principios centrales basados en los derechos se tornen manifiestos: primero, nombrar las condiciones concretas que permiten el goce de los derechos y, como segundo principio, conectado con el primero, exigir que los abordajes de derechos incluyan medidas por las cuales las personas afectadas puedan participar de manera significativa en la determinación de los marcos de referencia y las políticas que rigen sus vidas a todos los niveles.

En el caso que aquí se presenta para el análisis están implicados múltiples intereses o derechos fundamentales: el derecho de Mercy a su integridad corporal fue afectado por la violación; su derecho a la vida se ve amenazado por la posible exposición al VIH/SIDA; y la discriminación por su orientación sexual y su género multiplican el impacto horrendo

de ambas violaciones. ¿En qué debería concentrarse el trabajo sobre los derechos? ¿En la violación —y en la respuesta del sistema de justicia penal (SJP)— o en los posibles resultados en materia de salud y en la respuesta del sector salud? Quienes se inclinan por el trabajo informal en derechos nos pedirían que nos concentráramos en el hecho de que Mercy no sintió que tenía derecho a acceder siquiera a los recursos y sistemas limitados que tenía a su disposición. Y tanto quienes se dedican al trabajo formal como al informal en derechos señalarían que informar a las mujeres que deberían utilizar el SJP o los servicios de salud a los que tienen “derecho” no resulta efectivo si esos servicios carecen del nivel que deberían tener o si el trato que en ellos van a recibir será discriminatorio o humillante.

Por esa razón, un nexo crítico que subraya el caso que estamos analizando es la necesidad de vincular lo público con lo privado: ¿por qué medios las personas marginadas por diferentes sistemas de subordinación —y que han internalizado su carencia de derechos— se convierten en personas que, de manera segura y efectiva, demandan sus derechos en espacios públicos? Un elemento importante de los abordajes basados en los derechos es que *es gracias a esa movilización colectiva* que las personas marginadas pueden pasar a formar parte del proceso por el cual se producen cambios en los sistemas, de tal modo que éstos puedan luego atender a sus derechos.

Un mapa de los derechos afectados y la construcción de la trama de las responsabilidades

En el caso aquí analizado, comenzamos con la violación como el “abuso detonador”,² pero analizamos ese abuso como parte de un círculo más amplio de derechos afectados y también de actores responsables. Por ejemplo: cada vez hay mayor cantidad de grupos que usan el término “derechos sexuales” para agrupar a la constelación de derechos que protegen y crean las condiciones para que todas las personas (de distintos géneros, edades, identidades, orientaciones sexuales y de género, condiciones de salud y discapacidad, así como razas, religiones y pertenencias étnicas) tengan el poder de tomar decisiones que afectan la expresión (o no) de su sexualidad, su cuándo y su cómo, si esa actividad estará ligada (o no) a la procreación y a la

reproducción, y su participación en todos los campos en los que se trata del significado y la regulación de la sexualidad.³

En este caso, vamos más allá de la agresión sexual para analizar toda la variedad de derechos implicados en relación con la salud, tanto en términos de la agresión como de los servicios para abordar el riesgo de exposición al VIH/SIDA.⁴ Los criterios necesarios para abarcar toda la variedad de daños a que se enfrenta Mercy se han ido desarrollando con rapidez en esta última década. Un componente central de estos desarrollos se ubica en el área de la responsabilidad estatal, bajo un estándar que tiene tres aspectos (respetar, proteger y observar) relevantes para la índole del caso, que tienen que ver tanto con la violación como con los servicios de salud. El Estado puede tener que responsabilizarse por la violación de Mercy, aun cuando ésta fue perpetrada por un actor privado, ya que no ha empleado la debida diligencia para implementar una respuesta del SJP que tome en serio las agresiones sexuales. Pero también puede tener responsabilidad directa por otro conjunto de acciones del sector salud: las de sus agentes en el Ministerio de Salud, por ejemplo, para construir las estructuras que garanticen respuestas apropiadas del sector salud a los temores de Mercy ante el posible embarazo y la exposición al VIH/SIDA.

La visión tripartita de la obligación estatal de respetar, proteger y observar los derechos es una forma cada vez más importante de entender qué se espera que haga un Estado eficaz y responsable, y qué otros actores están implicados en la historia de los derechos.⁵ En primer término, el Estado debe actuar para garantizar que sus propios agentes no violen derechos (*respetar*): el mejor ejemplo de esto puede ser la obligación de la policía de investigar y llevar ante la justicia —de una forma no discriminatoria— las denuncias de agresión sexual, así como la obligación de las ramas del gobierno vinculadas a la salud de utilizar sus estructuras para difundir información precisa sobre el VIH/SIDA y los conocimientos científicos actualizados en cuanto a las respuestas adecuadas que se le debe dar (y no difundir información que pueda llevar a confusiones),⁶ así como de no discriminar (por orientación o raza) a las mujeres afectadas, en lo relacionado con pruebas para detectar el embarazo y otros servicios.

La obligación de *proteger* refleja el deber del Estado de garantizar que otros actores no violen derechos ni generen barreras que impidan su goce (el violador en cuanto a la agresión; la Universidad —si se trata de una entidad privada— en cuanto a la extensión de sus servicios de salud y otros beneficios de manera no discriminatoria). Es posible evaluar si el Estado ha cumplido de manera satisfactoria con su deber de respetar y proteger, teniendo en cuenta no solo la existencia de leyes (leyes sobre violación que caractericen en forma precisa la naturaleza de la violación), sino también en referencia al carácter apropiado, la efectividad y el contenido de las leyes y las acciones que acompañan su aplicación concreta. Este criterio para la evaluación puede ser denominado “criterio de la debida diligencia.”

Por ejemplo, se podría evaluar si un Estado ha cumplido o no con su deber de proteger considerando la existencia y el contenido cualitativo de los pasos dados por las autoridades nacionales y locales para garantizar que las víctimas de agresión sexual se sientan seguras de acudir a las estaciones de policía, como por ejemplo capacitar a la policía, a las/os investigadoras/es y juezas/ces sobre la naturaleza y los efectos de la agresión sexual, incluyendo las preocupaciones de las sobrevivientes relativas al embarazo y a la exposición al VIH/SIDA.

Por último, *el deber de observar* se entiende como la obligación que tiene el Estado de organizar estructuras gubernamentales, implementar legislación, elaborar y financiar políticas que creen las condiciones para que las personas puedan gozar de sus derechos. Pasos en este sentido podrían ser políticas de salud en torno a la investigación científica que permitan la plena participación de la sociedad civil (que es una demanda actual de la Treatment Action Campaign – Campaña de Acción por los Tratamientos); sistemas de seguros de salud no discriminatorios, o campañas informativas sobre temas como el hecho de que la discriminación por orientación sexual está prohibida por la Constitución de Sudáfrica y que todas las personas, cualquiera sea su orientación sexual, son respetadas en su calidad de ciudadanas del país.

El trabajo formal en derechos puede beneficiarse de los conocimientos que desarrolla el trabajo informal

cuando intenta tornar reales las promesas formales de los derechos trasladando un derecho a otro círculo de derechos, que podría llamarse “derechos habilitantes”. Se trata de un subconjunto particular de circunstancias que apoyan la posibilidad real de que Mercy actúe de manera que satisfaga sus necesidades y derechos. Este subconjunto de “derechos habilitantes” está relacionado con las condiciones sociales benéficas, pero no es exactamente sinónimo de ellas. Para el goce de derechos, puede ser necesaria la existencia de un universo de condiciones, pero solo algunas de esas condiciones han sido denominadas derechos, es decir circunstancias acerca de las cuales es posible formular demandas al Estado.

Sentirse segura de su derecho a igual protección ante la ley⁷ permitiría a Mercy decidirse a procurar la intervención policial. Su sensación subjetiva de que, como mujer en la comunidad y como mujer que mantiene una relación lésbica, es peligroso o inútil para ella recurrir a la policía o procurar un tratamiento antirretroviral, debe ser tenida en cuenta al evaluar la responsabilidad estatal. ¿Es razonable que Mercy dude del compromiso de las autoridades locales con la investigación de su denuncia? ¿Está el Estado de alguna manera implicado en la falta de información que exhibe Mercy acerca de la atención médica adecuada y accesible? El Estado de Sudáfrica, en todos sus niveles, ¿ha comunicado claramente su compromiso con la erradicación de la violencia contra las mujeres? ¿Mediante qué acciones? El gobierno de Sudáfrica, ¿ha dejado claro que las mujeres que conviven como compañeras íntimas de otras mujeres —ya sea que se denominen a sí mismas lesbianas o no— deberían considerarse protegidas contra la violencia? ¿Tienen todas las lesbianas, cualquiera sea su clase o su color, confianza en que las/os funcionarias/os de la zona en la que viven van a tomar con seriedad las agresiones que ellas hayan sufrido?

De acuerdo a esta perspectiva sobre la responsabilidad estatal, los análisis basados en los derechos pueden abordar no solo la responsabilidad frente a la violación específica sufrida por una persona concreta, sino también abarcar las muchas estructuras diferentes que operan para hacer que determinadas personas o categorías de personas resulten más vulnerables al abuso. Este enfoque extiende las obligaciones estatales más allá de la reparación individual para incluir también las

acciones que lleven a modificar las condiciones que dieron lugar a que surgiera la violencia.⁸ Abordar el caso analizado bajo esta perspectiva implica subrayar que las causas específicas de género y orientación sexual que subyacen al abuso —los prejuicios y estereotipos populares en torno a los roles de las mujeres, la subordinación lograda mediante la violencia masculina y el impacto del fracaso estatal en cuanto a controlar la violencia— también operan para regular la sexualidad de las mujeres. Como elementos de una violación, el Estado debe ocuparse de ellos en forma apropiada. Un análisis de esta clase intentaría comprender los vínculos funcionales entre el temor que siente Mercy frente a la posibilidad de acudir al SJP y las pruebas de discriminación fundada en la orientación sexual (real o percibida) en las prácticas y en las políticas homofóbicas específicas de las estaciones de policía. Este análisis recordaría que el artículo 9 de la Constitución sudafricana protege explícitamente contra la discriminación por género u orientación sexual; pediría que puedan percibirse evidencias concretas de la implementación de esa promesa en las prioridades otorgadas al financiamiento, la capacitación, las investigaciones y las estructuras modificadas. Y este análisis se apoyaría en la creciente condena internacional frente a la violencia generada o tolerada por el Estado contra mujeres y hombres debido a su sexualidad, especialmente cuando sus roles sexuales y de género no se adaptan a los estereotipos.⁹

Al estudiar el aspecto de la salud —siempre dentro de este análisis desde la perspectiva de los derechos— nos enfrentamos a preguntas similares. Por ejemplo, en lo que atañe a las reivindicaciones de derechos y la información sobre la exposición al VIH/SIDA (en las que están implicadas las obligaciones estatales de ‘*respetar y observar*’), pueden citarse las obligaciones establecidas por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas en su Observación General 14 sobre la salud en relación al VIH/SIDA, específicamente las obligaciones de presentar información precisa acerca de la salud (párrafo 34, *deber de respetar*) y a promover campañas informativas “en particular con respecto al VIH/SIDA” (párrafo 35, *deber de observar*). Como lo señaláramos más arriba, los criterios internacionales no llegan a exigir la provisión de medicamentos y servicios específicos en las instituciones que atienden a las víctimas

de violación pero, como mínimo, se puede abogar por que el gobierno difunda información adecuada acerca de los servicios disponibles relacionados con el embarazo, las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el VIH/SIDA. Como ya observáramos, en Sudáfrica ahora es posible abogar por el acceso a la profilaxis antirretroviral y, en base a veredictos judiciales importantes, por el acceso a esquemas de seguros que garanticen la accesibilidad a los mismos para una gama de diversos grupos poblacionales. Pero todavía no existe el derecho a un plan de tratamiento de alcance nacional *per se*, ni se ha llegado a un acuerdo con respecto a dicho plan.

Sin embargo, incluso sabiendo lo que son “los derechos”, todavía nos queda la pregunta acerca de qué pasos estratégicos debemos dar a continuación. ¿Cómo evaluamos cuáles de las muchas tácticas vinculadas a las demandas de derechos son útiles? ¿Se debería intentar presentar una demanda judicial para dejar expuestas las barreras a que se enfrentan las mujeres en pareja con otras mujeres en materia de seguros y servicios a los que las parejas heterosexuales sí podrían tener acceso? ¿O encarar una campaña de gestión y defensa en torno a las realidades de las sobrevivientes de violación para cambiar las disposiciones estatales mediante la acción política? ¿O promover una campaña informativa para describir mejor las intervenciones posviolación existentes y el impacto que éstas tienen sobre la salud? Cada una de estas ideas se debe analizar teniendo en cuenta la realidad específica de Sudáfrica: las decisiones de su Corte Constitucional sobre el acceso a los antirretrovirales; las campañas de las principales ONG, como la Treatment Action Campaign (Campaña de acción por tratamientos) —una organización de membresía masiva dedicada a la gestión y la defensa, liderada por personas afectadas por el VIH, que ha jugado un rol central en la gestión, la defensa y las campañas específicas acerca de las leyes y también de los servicios para incrementar el acceso de todas las personas en Sudáfrica¹⁰ al tratamiento contra el VIH/SIDA—, así como las diversas políticas de salud en el plano local y nacional, incluyendo los programas que ofrece la Universidad en la que trabajan Mercy y Susan. Un mapeo y redes de responsabilidad basadas en los derechos humanos nos pueden ayudar a ver lo que puede hacerse, pero no determinan por sí mismas las prioridades para la acción.

La dinámica de las normas de derechos humanos: una paradoja inusual sobre las normas locales existentes

Analizar un caso sobre orientación sexual y VIH/SIDA que tiene lugar en Sudáfrica, obliga a revertir una postura que es habitual en el trabajo tradicional en derechos. Con frecuencia, el trabajo sobre los derechos recurre a un criterio que se encuentra en alguno de los principales instrumentos de derechos humanos para abogar por cambios en las leyes o políticas locales o nacionales que no se ajustan al estándar internacional, que es superior. Sin embargo, en el caso que estamos analizando, sucede lo opuesto: tenemos un Estado del que podría decirse que posee normas de protección superiores a las que están aceptadas por los criterios internacionales.

Por ejemplo, en términos de protecciones contra la discriminación por orientación sexual, Sudáfrica tiene en su Constitución, y cada vez más en sus reglamentos y leyes, un nivel de respeto y protección para las diversas orientaciones sexuales que es superior al que hasta el momento se ha incorporado a la legislación internacional y se implementa a través de ella.¹¹ En el ámbito internacional, expertas/os e importantes organismos de la ONU han reconocido en qué medida la violencia y/o discriminación por orientación sexual constituyen barreras para (el ejercicio de) otros derechos fundamentales como el derecho a la salud, a la vida, los derechos ligados a la integridad corporal, la expresión y la intimidad, y en un esfuerzo por erradicar esta forma de discriminación han ido desarrollando una jurisprudencia que se apoya en tratados de importancia central como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Todas las normas de derechos humanos se pueden aplicar para condenar la violencia contra las personas —aquí, la violación— debido a su orientación sexual. Sin embargo, ninguno de los organismos encargados de la vigilancia de los tratados o las/os expertas/os de la ONU han llegado tan lejos como los tribunales sudafricanos en cuanto a tener en cuenta los derechos de las parejas, la igualdad frente a los esquemas de seguro social, etcétera.¹² En el mismo sentido, los veredictos judiciales en Sudáfrica han desarrollado muchos más contenidos fundamen-

tales en términos de derechos ligados al acceso de las personas afectadas por el VIH a servicios de salud y medicamentos de lo que el sistema internacional actualmente requiere.

No obstante, cabe señalar que desde la perspectiva de trabajar en derechos humanos desde las bases, no importa si la fuente de la mejor norma es nacional o internacional: la meta es que lo que en el plano internacional se dice que es correcto se convierta en realidad en el plano local. Sin embargo, desde la perspectiva de utilizar el poder del circuito de realimentación mutua que une lo local con lo global, es importante reconocer y potenciar al máximo en el plano internacional el poder de una norma local que es superior.

Pero la existencia de una norma, en el plano que sea, y su impacto —que incluye la sensación subjetiva de que una “tiene derecho a actuar” en base a esa ley— pueden estar a años luz la una del otro. Susan y Mercy, mujeres con buena formación, no están sin embargo seguras de poder contar con el apoyo de sus familias y de las normas legales de protección y acceso a los servicios sociales, todo ello debido al vínculo que mantienen. En este punto, el mundo formal donde se ubica la evaluación de las estructuras gubernamentales se cruza con el mundo subjetivo, informal, de la organización política en torno a los derechos.

¿Cuáles son las condiciones que se requieren para que Mercy y Susan puedan saber cuáles son sus derechos —entre ellos el derecho a la información precisa sobre el acceso a intervenciones gratuitas y medicamentos antirretrovirales indicados frente a una posible exposición; el derecho a los beneficios para la atención a la salud que corresponden a las parejas formadas por personas del mismo sexo; y el derecho a no ser discriminadas por su orientación sexual mediante el despido o algún otro castigo en el trabajo— y qué condiciones las ayudarían a poner en práctica ese conocimiento? Poder contar con el apoyo de una comunidad que también ha estado expuesta a la información acerca de la plena ciudadanía de todas las personas, sin importar su orientación sexual, su raza o su género, etcétera, ¿podría contarse entre estas condiciones?

Los casos individuales y las políticas sociales

O, forma en que la formulación estratégica de intervenciones, como parte de las demandas en torno a los derechos humanos, concuerda con el contexto: algunas reflexiones políticas

Resulta notable cuán poco se ha estudiado la relación entre los casos individuales y la formulación de “políticas y leyes que lleven a una mejoría en las vidas de muchas mujeres”, a pesar de que la historia prueba una y otra vez que la explotación de los casos y las historias individuales puede resultar contradictoria e incluso peligrosa. Este caso nos ofrece un ejemplo interesante sobre los daños potenciales.

Aunque la representación de “la situación difícil en que se encuentra la víctima” parece un aspecto tan común de las campañas de gestión y defensa que ya ni siquiera llama la atención, la realidad suele ser aterradora para las mujeres afectadas. Aquí, puesto que la sexualidad aparece no solo una vez (dado que la afectada es sobreviviente de una violación) sino dos (porque se trata de mujeres que viven su sexualidad por fuera de la heteronormatividad), Mercy y Susan podrían encontrarse en el centro de una lucha complicada por apropiarse de su historia, de su papel en tanto “víctimas-sujetos”.¹³

La gestión y defensa que buscan producir cambios políticos suelen recurrir a una “víctima” que cuenta su historia a los medios con un grupo intermediario (por ejemplo, una ONG local que trabaja en VIH/SIDA, agresión sexual, identidad lésbica, acceso universal a la atención de la salud) que opera como “corre-ve-y-dile” (de la misma forma podría sostenerse que sus integrantes actúan como emprendedoras morales que buscan fortalecer su posición como actoras a la vez que procuran cambiar las políticas). Con frecuencia la ONG recopila y transmite la historia para apoyar su trabajo de gestión y defensa frente a los principales medios, legisladoras/es y otras personas involucrados en el diseño de las políticas. Esta clase de campañas suelen ser el escenario de una lucha incómoda entre el apoyo a la toma de decisiones genuinas por parte de las personas afectadas (que muchas veces son también las más marginadas) y la selección/énfasis en temas que las/os profesionales que forman parte de tales

movimientos evalúan como los más estratégicos, y por lo tanto los que más probabilidades tienen de lograr cambios exitosos en las políticas y los programas.

Pero muchas veces es cierto que la historia concreta de la víctima, contada para lograr un efecto en la audiencia, puede también limitar la forma en que entendemos el contexto y las múltiples necesidades de quienes son blanco de violencia.¹⁴ Por lo general, las mujeres cuyas historias sexuales no son convencionales funcionan mal como víctimas: no es fácil convertirlas en las imágenes que suelen resultar más efectivas en esta clase de campañas: inocentes “focas bebé” que despiertan la simpatía del público.¹⁵ Pero aun así, según las circunstancias, una ONG podría decidir que la historia de Mercy le ofrece una oportunidad útil para mostrar a las mujeres que viven relaciones lésbicas bajo una luz que pueda despertar empatía.

Cuando analizamos las formas en que la narración de historias individuales se utiliza para formular o cambiar políticas, resulta necesario tener en cuenta la forma en que la representación en las campañas de gestión y defensa puede tener éxito al confirmar los estereotipos de subordinación (en lugar de desestabilizarlos). Historias de violación narradas con un alto grado de sensacionalismo pueden operar reforzando el miedo frente a la libertad de circulación de las mujeres o reinscribiendo el poder del Estado para castigar sin límites —como, por ejemplo, sucede cuando se exige la pena de muerte para los violadores que sean VIH positivos. En algunos momentos, las campañas de gestión y defensa —y los Estados dispuestos a explotar lo que políticamente les conviene— pueden intentar confrontar entre sí a diferentes monstruos e inocentes: “como queremos proteger a las mujeres frente a la violencia, hacemos morir a los hombres”. Algunas campañas que se basan en estrategias narrativas intentan superar un conjunto de prejuicios (aquí, los que afectan a las mujeres que mantienen relaciones lésbicas, cuando los términos en que se garantiza la protección para las mujeres históricamente han sido la virtud y el recato heterosexuales), operando a través de otros miedos (los violadores son todos monstruos masculinos imposibles de controlar). Lo irónico es que el impacto que tienen estas campañas a menudo radica en hacer que sean dos los grupos de personas que aparezcan como menos merecedores de derechos:

los perpetradores demonizados y las víctimas que no se adaptan a los roles en base a los cuales se les garantiza la protección y el rescate.

Por otro lado, este caso se puede utilizar como un momento oportuno para educar a la sociedad acerca de la multiplicidad de vidas que se dan entre las lesbianas sudafricanas y por qué merecen ser protegidas frente a la violencia, de la misma forma que cualquier otra mujer. Esos son momentos críticos para analizar la manera en que operan las líneas divisorias en materia de raza, género, pobreza y privilegio en apoyo de campañas por políticas y leyes que no solo no responden a un problema específico, sino que en sí mismas contribuyen a que se materialicen otras violaciones de derechos.

Un análisis de derechos integral y situado (en oposición a uno que se centre en la persona que está sufriendo un daño específico, horroroso) podría tener en cuenta los derechos de por lo menos tres personas: Mercy, su compañera Susan y el violador. Este enfoque busca superar la falsa dicotomía entre “los derechos de las víctimas *versus* los derechos de los acusados”, poniendo énfasis en uno de los aportes únicos que puede ofrecer un enfoque de la violencia desde los derechos humanos. Busca poner el acento en lo que un Estado responsable debería hacer: en este enfoque, el Estado no solo está obligado a garantizar que Mercy reciba compensación y servicios adecuados, sino también a supervisar la no discriminación en el procesamiento y el castigo justo por parte de sus propios sistemas legislativos y judiciales. Juntando estos dos conceptos se logra presentar la responsabilidad estatal como un proceso de respuesta constructiva y no solo punitiva por parte del Estado.

El caso que estamos analizando también ilustra la importancia que tienen los contextos específicos de cada país en el trabajo por los derechos. Se puede responsabilizar al hecho de que Sudáfrica recién esté emergiendo del *apartheid* por la omnipresencia de la violencia física —que incluye las violaciones, pero no se limita a ellas—, por una infraestructura de justicia penal ineficiente y por las elevadas tasas de VIH/SIDA; y, por otro lado, también por la existencia de severas normas legales que protegen la orientación sexual, así como de grupos de la sociedad civil activos y poderosos

que están acostumbrados a utilizar el discurso de la no discriminación y la igualdad para todas las personas.¹⁶ La capacidad del régimen sudafricano de asegurar una provisión eficiente de tratamientos específicos para el SIDA después de ocurrida una agresión sexual se ve limitada por su sistema de salud, que después del *apartheid* se ha visto sometido a presiones desproporcionadas, así como por el costo que a nivel internacional se fija para los medicamentos requeridos.¹⁷

Por último, ¿qué lugar vamos a asignar al impacto del racismo y de la raza? Si bien no están mencionadas específicamente en el caso que estamos analizando, es probable que las dimensiones raciales hayan sido factores significativos en este caso. Un análisis integrado de derechos debe tomar en cuenta en qué medida funciona la raza/el racismo a nivel individual y estructural, en intersección¹⁸ con el género, la sexualidad y la clase, entre otras jerarquías de poder. Si ambas mujeres son blancas, debe señalarse en qué medida su estatus privilegiado bajo el *apartheid* todavía les reporta algunos beneficios en un sentido estructural, pero no las coloca en una posición de privilegio pleno debido a su género y su orientación sexual. Si la alumna y la profesora universitaria no solo pertenecen a categorías sociales diferentes sino también a razas diferentes, esto puede haber afectado ya la medida en que pueden ser sinceras con sus comunidades, así como su disposición a formar parte de una campaña pública. Si Susan es blanca y Mercy no lo es, la jerarquía podría leerse en forma estereotipada como una mujer (Susan) que tiene más poder y explota sexual/económicamente a una mujer/alumna menos poderosa (Mercy), situación en la que Mercy se vería obligada a trabajar en la casa sin remuneración. Si ambas son negras o pertenecen a las poblaciones originarias de la India o “de color”, diversas investigaciones muestran que existe un alto grado de presión sobre las mujeres y los hombres que no se adaptan a los estereotipos, en nombre de los argumentos políticos actuales sobre la homosexualidad como algo “ajeno al África” o malo para la reputación de la comunidad india.¹⁹ Cualquiera sean las razas y diferencias entre las mujeres, de todos modos se debe hacer visible el racismo en relación al fracaso de las estructuras de salud y policiales, por ejemplo en cuanto al empleo que hizo el *apartheid* de la policía como instrumento para garantizar la segregación racial y el poder blanco.

Sin contar con mayor información, resulta difícil ir más allá de algunas generalizaciones acerca de cómo operan la cultura o las culturas sobre Mercy y Susan. Las defensoras de los derechos humanos de las mujeres se han centrado en erradicar los supuestos socioculturales en torno a la violación: el tabú social que impide hablar acerca de la violación, suponiendo que hacerlo es motivo de vergüenza para la mujer. La desaprobación generalizada en la cultura local (las familias) frente a las relaciones homosexuales también puede darse por sentada, aunque habría que analizar las formas específicas en que diferentes grupos en Sudáfrica —las comunidades zulú, xhosa, “de color”, blanca (anglo, afrikaner, judía), india y otras comunidades inmigrantes y migrantes— emplean diferentes visiones acerca de la sexualidad de las mujeres para apuntalar su identidad comunitaria. Estos factores nos ayudarían a comprender mejor las limitaciones a que se enfrenta Mercy para hablar acerca de la agresión o para que ella y su compañera busquen soluciones, como también servirían para pensar de qué forma Mercy puede sentirse empoderada o frenada (para no avergonzar a su comunidad) al pensar en sumarse a una campaña pública sobre la realidad de la agresión, las mujeres que viven en pareja con otras mujeres o el acceso a los antirretrovirales.

Indicadores, elementos comunes y diálogos entre diferentes esferas de acción

La búsqueda de indicadores útiles debería comenzar con los fines para los cuales van a ser utilizados. ¿Qué estamos intentando hacer con esta información? Por ejemplo, si nos centramos solo en mejorar la respuesta por parte de la ley penal, nos encontramos con una paradoja interesante. Entre los indicadores relevantes acerca de la violación y las respuestas efectivas del Estado frente a ella, se encontrarían elementos tales como información cualitativa acerca del funcionamiento del sistema de justicia penal —incluyendo la evaluación del contenido de la ley sobre violación, las leyes acerca de las pruebas, y capacitación a policías, fiscales y juezas/ces—, e indicadores cuantitativos que pongan de relieve la incidencia (proyectada) de la violación comparada con los casos de agresión sexual denunciados, investigados y llevados a juicio. Esta información debería estar desglosada por

aspectos identitarios tan importantes como la raza, el género, la edad y la orientación sexual, como mínimo. La incorporación de la orientación sexual como categoría a monitorear es una forma de comenzar a abordar de raíz el problema de la invisibilidad como forma de injusticia. Pero también debemos señalar que las personas que son objeto de estigma van a tener dificultades para manifestarse ante las muy públicas autoridades responsables de la recolección de datos, a las que temen por su racismo, homofobia o sexismo.

Esta paradoja del monitoreo basado en los derechos nos desafía a pensar con mayor profundidad acerca de la zona de clivaje donde el cambio debe suceder o donde éste se enfrenta a los mayores obstáculos. Con frecuencia, se trata de un espacio que el trabajo formal en derechos humanos, centrado en la ley, no logra capturar sino que más bien surge a partir de nuestro conocimiento de las condiciones que afectan las subjetividades de las mujeres afectadas.

Aquí es posible sugerir que entre los indicadores más importantes se encuentran aquellos que transmiten en qué medida las personas, especialmente las/os sobrevivientes de agresiones sexuales, tienen información acerca de su derecho a acceder a anti-retrovirales y a pruebas para detectar el embarazo. Necesitaríamos contar con estudios que demuestren si existen o no servicios accesibles vinculados a estaciones de policía y si se brinda el tratamiento sin importar si la persona cuenta con seguro de salud o no, así como otras condiciones. Sería necesario que estos indicadores incluyeran datos que fueran más allá de la mera provisión de información, centrándose en los mecanismos que relacionan los servicios de salud con las dependencias policiales y midiendo su uso. Harían falta otros indicadores para evaluar si la atención brindada —el “cocktail” de drogas suministrado, y la atención/consejería que lo rodean— fue suficiente e hizo uso del mejor conocimiento científico posible. Una combinación de investigación etnográfica e información cualitativa acerca del grado de cientificación y el contenido del trabajo de los servicios debería estar vinculada con información acerca de quiénes acceden a estos servicios, desglosada por raza, edad, orientación sexual, estado civil y género.

En el mejor de los casos, estamos intentando convertir la utilización de “indicadores” en una recolección de datos que integre la obligación (basada en los derechos) de servir a un contenido que ha sido elaborado utilizando criterios y conocimientos provenientes de la salud pública. Este es un momento clave para los diálogos y la cooperación interdisciplinarias, pero se lo debe construir a partir de las realidades que aportan los conocimientos y casos específicos. Son pocas/os las/os profesionales de la salud que conocen toda la gama de derechos que sus servicios están pensados para realizar, más allá de los logros clínicos de los tratamientos, y son todavía menos los sistemas de salud estructurados para insistir en la responsabilidad de llegar a poblaciones marginadas y tomar en cuenta sus opiniones.

Conclusión

En líneas generales, un enfoque que reconozca tanto el trabajo formal en derechos como el informal, y tome parte de su contenido de la salud pública, nos lleva de manera significativa al mundo en el que es necesario evaluar las condiciones específicas, locales y necesarias para el goce de derechos por parte de mujeres como Mercy y su compañera Susan. Son cada vez más los abordajes de derechos humanos que se centran en las condiciones necesarias para la protección y el goce de los derechos, en lo que hace que un derecho se torne real. Esto también conecta el centrarse en un derecho específico —no ser discriminadas por su orientación sexual— con la naturaleza indivisible de la protección a los derechos, y cómo la discriminación o el miedo a la discriminación resultan en la incapacidad para acceder a servicios de salud y justicia penal debido al género propio y al de la compañera de una. Nos vemos obligadas a preguntar cuáles son las estructuras económicas y culturales que deben existir para que una protección clásica de derechos civiles, basada en la ley, sea de verdad realizable para Mercy y otras mujeres u hombres situadas/os en la diferencia. Podemos utilizar los análisis y obligaciones de derechos humanos como herramientas para avanzar un trecho en la búsqueda de soluciones, pero ellas no van a resolver todas las cuestiones de distribución de poder y recursos que se encuentran involucrados en el caso aquí analizado. ■

1. R. Petchesky, "Introduction", en *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives Across Countries and Cultures*, R. P. Petchesky and K. Judd, eds. Nueva York: Zed Books, 1998, p. 13. (Nota de la traductora: hay versión en castellano: *Cómo negocian las mujeres sus derechos reproductivos en el mundo: una intersección entre culturas, política y religiones*. México: El Colegio de México, 2006.)

2. En términos de derechos, la violación suele encuadrarse a partir del derecho a la integridad corporal (seguridad física y salud), así como de los derechos a la no discriminación y a la igualdad en cuanto a la protección de la ley, así como de los derechos ligados a la agencia y la autonomía. Estos términos complejos se construyen a partir de los derechos explícitamente articulados en los tratados internacionales y las leyes nacionales. Respecto a la integridad corporal, las fuentes incluyen el derecho a no ser torturada/o tal como se encuentra en el art. 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), adoptada y proclamada por Resolución 217 A (III) de la Asamblea General (10 de diciembre de 1948); el art. 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por Resolución 2200A (XXI) de la Asamblea General el 16 de diciembre de 1966, entró en vigencia el 23 de marzo de 1976; libertad y seguridad personales, art. 3, DUDH, y artículo 9, PIDCP, y basado en la igualdad entre las mujeres y los hombres, Observación General 28 sobre la igualdad de derechos entre hombres y mujeres, Doc. ONU A/55/40 Vol. I (2000) y en las interpretaciones sobre la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), especialmente la Recomendación General N° 19 (sobre violencia contra las mujeres) del Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres, Doc. ONU A/47/38 (1992). Todas estas preocupaciones están sintetizadas en la Declaración de Naciones Unidas para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, Doc. ONU A/RES/48/104 (23 de febrero de 1994).

3. Para mayor elaboración acerca de estos conjuntos de derechos ver, S. Correa y R. Petchesky, "Reproductive and Sexual Rights: A Feminist Perspective", en

Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights, G. Sen, A. Germain, L. C. Chen, eds. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1994; y A. Miller, "Sexual But Not Reproductive: Exploring the Junction and Disjunction of Sexual and Reproductive Rights", en *Health and Human Rights* 4, 2000, pp.69-109. (Nota de la traductora: hay versión en castellano: Alice M. Miller, "Sexual no reproductivo: Explorando la conjunción y disyunción de los derechos sexuales y reproductivos", en *Derechos sexuales y reproductivos. Aportes y diálogos contemporáneos*, Sofía Gruskin (Editora), Lima, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, p. 108.) Una revisión de cómo el sistema de tratados de la ONU se ocupa, al menos en parte, de estos derechos se puede encontrar en The Center for Reproductive Law and Policy and the University of Toronto International Programme on Reproductive and Sexual Health Law, *Bringing Rights to Bear: An Analysis of the Work of the UN Treaty Monitoring Bodies on Reproductive and Sexual Rights*, diciembre del 2002, que puede encontrarse en línea: http://www.reproductiverights.org/esp_bo_tmb.html: "Haciendo de los derechos una realidad: un análisis del trabajo de los comités de monitoreo de la ONU sobre derechos reproductivos y sexuales".

4. Toda la gama de derechos ligados a la salud se basan en el Art. 25 de la DUDH ("Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar") y, más específicamente, en el art. 12 (derecho al nivel más alto de salud mental y física) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), GAOR, Supp N°16 at 49, ONU Doc. A 6316 (1966). Numerosos artículos y libros sobre el derecho a la salud evalúan su contenido, poder normativo y aplicaciones específicas.

5. Uno de los primeros análisis sobre las obligaciones tripartitas del Estado —respetar, proteger y observar derechos— se encuentra en Asbjorn Eide, "El derecho a una alimentación adecuada como un derecho humano", Doc. ONU. E/CN.4/Sub.2/1987/23 (7 de julio de 1987). Un desarrollo más reciente realizado por una de las organizaciones tradicionales de derechos humanos acerca del uso funcional de esta idea de las tres clases de obligaciones legales por parte del Estado, sugiere su aceptabilidad general como

norma generalizada para las obligaciones estatales, ver Amnesty International UK, *Respect, Protect, Fulfill, Women's Human Rights: State responsibility for abuses by non-state actors*, Amnesty International: Londres, 2000. (Nota de la traductora: se puede conseguir en <http://www.amnesty.org> en castellano "Respetar, Proteger, Observar: Los derechos humanos de las mujeres. La responsabilidad de los agentes no estatales." EDAI, Ediciones Amnistía Internacional España, 2000, Índice Amnistía IOR 50/01/00/s.) En el contexto de cómo este criterio funciona para tratarlos específicos y en lo relacionado con la salud, ver la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el Derecho a la Salud, Doc. ONU E/C.12/2000/4 (julio de 2000). Obsérvese también en qué medida el PIDCP se puede interpretar bajo esta luz; ver Comité de Derechos Humanos, Observación General 28, La igualdad de derechos entre hombres y mujeres (art. 3, Doc. ONU CCPR/C/21/REV.1/Add.10, 2000). Es importante señalar que la Constitución de la República de Sudáfrica (ver nota 33), incorpora el elemento central de la obligación del Estado en la Sección 7 (2): "El Estado debe respetar, proteger, promover y cumplir los derechos mencionados en la Carta de Derechos".

6. Ver la Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA, Doc. ONU A/RES/S-26/ 2 (2 de agosto de 2001, Resolución s-26/2 de la UNGASS) donde se enuncian en general una variedad de normas para la acción estatal en todos los niveles; además, ver "Acceso a la medicación en el contexto de pandemias como la del VIH/SIDA", Res CDH 2002/32 (22 de abril de 2002), que reconoce que el acceso a la medicación en el contexto de pandemias como el VIH/SIDA es un elemento para lograr el derecho al nivel más elevado posible de salud, pero no llega a declarar el acceso a los medicamentos como un derecho en sí mismo.

7. Art. 6, DUDH; art. 26, PIDCP; art. 15, CEDAW; y art. 5.a. Convención Internacional para la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, adoptada y abierta a firma y ratificación por Resolución 2106 (XX) de la Asamblea General de la ONU, 21 de diciembre de 1965. Entró en vigencia el 4 de enero de 1969.

8. Amnesty International. *Crimes of Hate. Conspiracy of Silence: Torture and Ill-*

treatment based on sexual identity. Nueva York: Amnesty International Publications, 2001. (Nota de la traductora: versión en castellano: “Crímenes de odio, conspiración de silencio. Tortura y malos tratos basados en la identidad sexual”, (ver www.amnesty.org.) Informes de la Relatora Especial ante la Comisión de Derechos Humanos sobre violencia contra las mujeres, sus causas y consecuencias, Doc. ONU E/CN.4/1996/53, E/CN.4/1997/47, E/CN.4/1998/54, E/CN.4/1999/68, E/CN.4/2000/68, E/CN.4/2001/73 y E/CN.4/2002/83. Informes de la Relatora Especial ante la Comisión de Derechos Humanos sobre ejecuciones extrajudiciales, sumarias o arbitrarias, Doc. ONU E/CN.4/2000/3, E/CN.4/2001/9 y E/CN.4/2002/4. Informe del Relator Especial ante la Comisión de Derechos Humanos sobre la promoción y protección del derecho a la libertad de expresión y opinión, Doc. ONU E/CN.4/2002/75.

9. Ver Relatora Especial de la ONU sobre Violencia contra las Mujeres, *op.cit.*

10. Ver el sitio de la organización en Internet: <http://www.tac.org.za>.

11. Por ejemplo, en su Capítulo 1, sección 1, la Constitución de la República de Sudáfrica afirma que entre sus disposiciones fundacionales se encuentran las siguientes: “a. la dignidad humana, el logro de la igualdad y el progreso en materia de derechos y libertades humanas; b. la ausencia de racismo y de sexismo...”. En la Sección 9, parte 3, dice: “el Estado no puede discriminar injustamente en forma directa o indirecta a ninguna persona por una o varias causas, entre ellas la raza, el género, el sexo, el embarazo, el estado civil, el origen étnico o social, el color, la orientación sexual, la edad, la discapacidad, las creencias religiosas o de otra índole, la cultura, el idioma y el lugar de nacimiento.” Si bien los Comités de los dos Pactos han comenzado a incorporar protecciones sobre la base de la orientación sexual, mediante interpretaciones de los Pactos, podría decirse que el alcance de esas protecciones todavía resulta más limitado que el de la Constitución, sobre todo por la forma en que la Corte Constitucional lo ha aplicado. Por ejemplo, mientras que el CDH ha dado a conocer un comunicado condenando las leyes penales que castigan la conducta sexual entre personas adultas que pertenezcan al mismo sexo y obren de mutuo

consentimiento (Nicholas Toonen *c/ Australia*, UN GAOR Comité de Derechos Humanos, 15va sesión, Caso 488/1992, U.N. Doc. CCPR/c/50/D/488/1992, abril 1994) y está analizando cada vez más la interacción entre las leyes que penalizan las conductas sexuales entre personas del mismo sexo y los impactos más amplios de la discriminación en el contexto de la violencia (ver nota 35), se ha negado a revisar o a comentar específicamente la protección igualitaria de la ley para las parejas formadas por personas del mismo sexo. En verdad, como en *Juliet Joslin et al. c/ New Zealand* (UN GAOR Comité de Derechos Humanos, 75va sesión, Caso 902/1999, U.N. Doc. CCPR/c/75/D/902/1999, julio del 2002), el CDH sostuvo que el hecho de que Nueva Zelanda no extendiera los beneficios completos del matrimonio a una pareja de lesbianas no violaba los arts. 2, 17 y 26. Lo interesante es que el Comité DESC ha sugerido en su Observación General 14 sobre el derecho a la salud que el Pacto “prohíbe la discriminación (basada en la orientación sexual) en el acceso a la atención médica y los determinantes subyacentes de la salud, así como a los medios y derechos para procurar dichos servicios”. Esa afirmación es lo suficientemente amplia como para beneficiar a Mercy y Susan en este caso, y puede en verdad ser superior a la protección legal y los derechos que actualmente Sudáfrica reconoce a las parejas. Sin embargo, el Comité todavía no ha extendido esa interpretación a otros derechos incluidos en el Pacto.

12. Una etnografía interesante acerca de los efectos prácticos (y las limitaciones) del lenguaje constitucional y su implementación, en parte mediante la derogación de las leyes de sodomía, se puede ver en National Coalition for Gay and Lesbian Equal. V. Minister of Justice, 1998 (12) BCLR 1517 (CC) citado por R. Goodman, “Beyond the Enforcement Principle: Sodomy Laws, Social Norms, and Social Panoptics”, en *California Law Review* N° 89, mayo del 2001, p. 643.

13. Ver C. Rothschild, *Written Out: How Sexuality is Used to Attack Women's Organizing*, Nueva York: CWGL & IGLHRC, 2000.

14. R. Kapur, “The Tragedy of Victimization Rhetoric: Resurrecting the ‘Native’ Subject in International/Post-Colonial Feminist Legal Politics”, en *Harvard*

Human Rights Journal 15, primavera 2002, pp. 1-38.

15. El lenguaje acerca de las “focas bebé” y el papel particular que desempeña la sexualidad al complicar las estrategias de gestión y defensa, se analizó en un evento realizado bajo el título de “The Making of Innocence and the Selling of Monsters: Human Rights and Sexuality,” que fue organizado por el Proyecto Leyes y Políticas y el Programa para el estudio de la sexualidad, el género, la salud y los derechos humanos de la Universidad de Columbia, 14 de junio de 2001, en el que participaron Carole S. Vance, Lynn P. Freedman y Alice M. Miller.

16. Ver D. L. Donham, “Freeing South Africa: The Modernization of Male-Male Sexuality in Soweto”, en *Cultural Anthropology* 13, N° 3, 1998, para una descripción del efecto de las campañas mundiales contra el *apartheid* en lo relativo a la presencia del discurso sobre la igualdad para la diferencia sexual, que desempeñó un rol importante en la redacción de la Constitución sudafricana.

17. Otro aspecto de este abordaje se manifiesta en el trabajo realizado por académicas/os y defensoras/es para elaborar los Principios de Limburgo y las Directrices de Maastricht, a través de los cuales se desarrollaron los aspectos ligados a las obligaciones de los Estados en cuanto a contribuir a un ambiente habilitador internacional (como lo declara el art. 28 de la DUDH) y que han sido incorporadas por el Comité DESC como guía fundamental para interpretar las obligaciones contenidas en los tratados.

18. Un ejemplo de cómo se aplican análisis “interseccionales” a las vidas de diversas mujeres en el plano global, se puede encontrar en K. Crenshaw, “Background Paper for the Expert Group Meeting on the Gender-Related Aspects of Race Discrimination”, Expert Group Meeting, Zagreb: 21-24 de noviembre del 2000. Se puede consultar en línea: <http://www.isiswomen.org.womenet/lists/apgr-list/archive/doc0009.doc>.

19. Ver, por ejemplo, R. Goodman (nota 43); también el borrador del informe de Human Rights Watch and the International Gay and Lesbian Human Rights Commission, “State-Sponsored Homophobia and Its Consequences in Southern Africa”. (Nota de la traductora: <http://www.hrw.org>.)



Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer - CLADEM

El Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer - CLADEM es una red feminista que desde 1987 busca contribuir a la plena vigencia de los derechos de las mujeres en Latinoamérica y el Caribe, utilizando el Derecho como una herramienta de cambio. En sus casi veinte años de existencia, ha ido fortaleciendo el uso de estrategias y acciones destinadas a mejorar la condición socio-jurídica de las mujeres en la región, contribuyendo con ello a la generación de legislación y políticas públicas alternativas que han permitido a las mujeres un mayor ejercicio de sus derechos.



Escuela de Salud Pública de Harvard

La Escuela de Salud Pública de Harvard cuenta con más de 200 docentes que trabajan en diferentes disciplinas relacionadas con la salud pública. La misión integral de la Escuela —promover la salud pública mediante el aprendizaje y los descubrimientos— comprende cuatro objetivos: ofrecer el nivel más elevado de formación para científicas/os, personas que trabajan en salud pública y líderes; alentar nuevos descubrimientos que lleven a mejorar la salud de las personas en los Estados Unidos y en todas las naciones; fortalecer las capacidades y servicios comunitarios relativos a la salud; y contribuir al debate político, difundir información y crear conciencia sobre la salud como bien público y derecho fundamental.
