

CON TODO AL AIRE 2

Reporte de Derechos Humanos sobre atención
en salud reproductiva en hospitales públicos



si te gustó lo dulce , aguantate lo amargo

yo soy la doctora, pero si vos sabés, quedate en tu casa y atendete sola

me metieron la mano más o menos 13 estudiantes



INSGENAR
Instituto de Género, Derecho y Desarrollo

CON TODO AL AIRE 2

Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos



INSGENAR
Instituto de Género, Derecho y Desarrollo

Instituto de Género, Derecho y Desarrollo – INSGENAR
Tucumán 3950 – Rosario, Santa Fe, República Argentina
Telefax: 54 - 341- 4373961
Email: observatorio@insgenar.net
Página web: www.insgenar.org.ar/observatorio

Segunda edición Rosario, Argentina, diciembre 2008
1000 ejemplares
ISBN: 978-987-95502-8-1

Hecho el Depósito que establece la ley 11.722

Responsable de la sistematización: Susana Chiarotti, con la colaboración de Gloria Schuster y Susana Arminchiardi.

Equipo del Observatorio:

Susana Arminchiardi
Emiliano Casal
Susana Chiarotti
Viviana Della Siega
Gloria Schuster

Foto de tapa: Litty Santillán
Arte de tapa y diagramación
Graciela Alegre. www.sondelsur.com.ar

*Esta publicación se realizó con el apoyo de **UNFPA – Fondo de Población de Naciones Unidas** -
Se autoriza la reproducción total o parcial de esta publicación, solicitando que la fuente sea citada.*

El Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos
es una iniciativa de INSGENAR, CLADEM
que cuenta con el apoyo de la
IWHC – International Women Health Coalition y
UNFPA – Fondo de Población de las Naciones Unidas.

ÍNDICE

Prólogo a la segunda edición	11
I. El camino recorrido: Antecedentes del Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos.	13
II. Herramientas del Observatorio	21
- La Cátedra de Salud y Derechos Humanos	
- El Premio a las Buenas Prácticas “Cecilia Grierson”	
- La Página web	
- La Lista electrónica especializada	
- Los seminarios de difusión	
- La Obra de teatro y el video	
III. Testimonios	39
IV. El marco de los derechos humanos. Los tratos crueles, inhumanos y degradantes.	59
V. Los desafíos futuros	77
Anexo 1: La Resolución de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe	79
Anexo 2: Programa de la Cátedra Salud y Derechos Humanos ciclo 2009.	81
Anexo 3: Síntesis de los Seminarios realizados	91
Anexo 4: Tratados internacionales, Documentos de Conferencias y Jurisprudencia de los Comités de Naciones Unidas	97
Anexo 5: Regulación legal de la violencia Obstétrica	195

ABREVIATURAS

CADH	Convención Americana sobre Derechos Humanos
CCT	Convención contra la Tortura y otros Tratos y Penas Cruels, Inhumanos y Degradantes
CEDM	Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CDNN	Convención de los Derechos de Niños y Niñas
CEDR	Convención sobre Todas las Formas de Discriminación Racial
CLADEM	Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer.
DUDH	Declaración Universal de Derechos Humanos
DDHH	Derechos Humanos
NNUU	Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
PIDCP	Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Prólogo a la segunda edición

Esta segunda edición de “Con Todo al Aire 2” pretende reflejar el proceso vivido por dos organizaciones de Argentina, INSGENAR (Instituto de Género, Derecho y Desarrollo) y CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer) desde junio de 2001, cuando reaccionaron frente a los malos tratos recibidos por una joven en un servicio de salud reproductiva de la ciudad de Rosario. Comenzó allí un proceso que luego de numerosas acciones determinó la puesta en marcha del Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos.

Tanto el camino que condujo al Observatorio, como la experiencia vivida desde su puesta en funcionamiento, han significado aprendizajes que deseamos compartir. Así, en el *Capítulo I*, relatamos el recorrido de ambas organizaciones en su denuncia de los malos tratos a las mujeres en los servicios de salud sexual y reproductiva. Se da cuenta allí de los antecedentes que motivaron que nos introdujéramos en el tema; las investigaciones realizadas y los esfuerzos para difundir los hallazgos hechos en Rosario a todo el país.

En el *Capítulo II* se analizan las distintas herramientas de que se vale el Observatorio para promover una cultura respetuosa de los Derechos Humanos y denunciar los malos tratos en los servicios de salud sexual y reproductiva. Así, damos cuenta de la experiencia que estamos desarrollando en la Cátedra de Salud y Derechos Humanos, que se dicta en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario desde el 2004. Se describe el Premio a las Buenas Prácticas “Cecilia Grierson”, que comenzó con alcance nacional en su versión del primer año y actualmente se ha lanzado a nivel latinoamericano. La Página web, la Lista electrónica especializada Salud-Género-Derechos Humanos y los Seminarios de difusión en el resto del país, nos han dejado también ricos aprendizajes que creemos vale la pena compartir. Asimismo, relatamos las experiencias vividas con la Obra de teatro y el video “Con Todo al Aire”, dos recursos de sensibilización que han resultado de mucha utilidad.

Los testimonios recogidos de las mujeres en la primera edición son transcritos en el *Capítulo III*. El recorrido por distintas provincias y la presentación del Observatorio en numerosos congresos y jornadas tanto del campo de la salud como del campo de los derechos humanos, así como la página web, nos permitieron recoger nuevos testimonios que se agregan a los que aparecieron en el libro “Con Todo al Aire” de 2003.

En el *Capítulo IV* analizamos el marco de los derechos humanos en el que deben **encuadrarse los tratos crueles, inhumanos y degradantes**. Para promover cambios culturales, desnaturalizar y visibilizar lo que aparece como normal y cotidiano, necesitábamos símbolos fuertes y claros. El sistema de derechos humanos, la Convención contra la Tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes, así como otras Convenciones con disposiciones concordantes, nos brindan las herramientas necesarias para desnudar estos comportamientos y oponer un mensaje claro para aquellas personas que minimizan el daño que se puede producir.

Los desafíos futuros son analizados en el *Capítulo V*. Allí se mencionan las estrategias que el equipo del Observatorio ha previsto para difundir estos esfuerzos en todo el país, promover la erradicación de los malos tratos e impulsar una cultura respetuosa de la dignidad de las mujeres. Ellas son la selección de Enlaces Provinciales del Observatorio; la creación de una red de Enlaces Provinciales; la difusión de la Cátedra de Salud y Derechos Humanos; el lanzamiento del Premio a las Buenas Prácticas a nivel latinoamericano y la alianza con otros Observatorios.

En los Anexos transcribimos normas que tienen importancia para el trabajo del Observatorio. En el *Anexo 1*, la Resolución de la Defensoría del Pueblo de Santa Fe. El *Anexo 2* contiene el Programa 2009 de la Materia Salud y Derechos Humanos que se dicta en la Facultad de Ciencias Médicas de Rosario. En el *Anexo 3*, una síntesis de los seminarios realizados. En el *Anexo 4*, seleccionamos las normas de los tratados de derechos humanos de Naciones Unidas que tienen relación con el tema, en la primera sección, mientras que en la segunda, extractamos los párrafos pertinentes de los documentos surgidos de las Conferencias de Naciones Unidas donde se trató la cuestión de la salud sexual y reproductiva y el trato hacia las mujeres. En la última sección de este punto, transcribimos la jurisprudencia de los Comités Monitores de los Tratados de Naciones Unidas, tanto la que se produce cuando un Comité redacta una Resolución General para todos los países, como cuando dicta sus Observaciones Finales con recomendaciones a cada país en concreto.

Finalmente, en el Anexo 5, se analizó y desarrolló la violencia obstétrica desde la Ley 26.485 “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales”.

I. El camino recorrido: Antecedentes del Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos.

A mediados del año 2001, en el Instituto de Género, Derecho y Desarrollo se recibió una llamada telefónica, denunciando los malos tratos que estaban infligiendo a Romina, una joven de 16 años de Villa Gobernador Gálvez,¹ que había ingresado a un hospital de Rosario luego de dispararse un tiro en el vientre. Al momento de dispararse, la joven estaba en su séptimo mes de embarazo, fruto de una relación con un hombre de 33 años que tenía otra familia y le había prometido separarse y formar pareja con ella. Al enterarse del embarazo el hombre le manifestó a la joven que no tenía intenciones de separarse y formar con ella una nueva pareja, ni iba a reconocer su paternidad. Romina vuelve a su casa y se dispara un tiro. Es trasladada al hospital. Allí el personal de la institución se convirtió en juez y verdugo. El relato daba cuenta de insultos, humillaciones y malos tratos por parte de camilleros, mucamas, médicos, enfermeras.

Semanas después, el médico que la había atendido se quejaba que Romina no había vuelto a los controles que él había indicado. Atribuía este hecho a la desidia y abandono en que viven ciertas mujeres, especialmente las pobres. En ningún momento se le ocurrió conectar el trato que ella recibió con su decisión de no volver al hospital, porque ese trato es normal en los hospitales, sobre todo en ciertos casos, como el de las mujeres que llegan con hemorragias o infecciones por abortos inseguros.

Creemos que estos malos tratos pueden ser una de las causas del aumento de la mortalidad materna en nuestro país. Los malos tratos en los servicios de salud sexual y reproductiva limitan la asistencia y consulta de las mujeres y, en algunos casos, la borran del mapa de posibilidades. ¿Cómo explicar, de otra manera, que un país que tiene más del 90% de los partos institucionalizados y ha alcanzado un alto nivel de alfabetización y desarrollo en el campo de la salud, no pueda disminuir la tasa de mortalidad materna, sino que la haya aumentado?. Argentina está hoy más lejos de cumplir las metas del milenio que en la década anterior. El Reporte sombra al Comité de la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer, presentado en el año 2002 a Naciones Unidas mostraba que la mortalidad materna era mucho más alta entre las mujeres pobres: de una tasa de 14/100.000 nacidos vivos en Buenos Aires y otras provincias más desarrolladas a 166/100.000 en la más pobre Formosa. Argentina, Jamaica y Trinidad Tobago representan los países

¹ Villa Gobernador Gálvez es una ciudad ubicada al sur de la ciudad de Rosario, de la que la separa el arroyo Saladillo

de la región con la mayor proporción de MM por aborto: al menos 1/3 de las muertes atribuibles a abortos inseguros. (OPS, 2004)².

Conscientes de la gravedad de estos datos y de sus implicancias, en el año 2002 iniciamos una investigación, entrevistando a Romina y a tres mujeres más que habían acudido a otros servicios. En los cuatro casos se constataron malos tratos. Esto motivó a INSGENAR asociarse con CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer) para realizar un estudio más profundo.

“Con Todo al Aire” Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos

El estudio se desarrolló en el transcurso de un año y fue llevado a cabo por un equipo interdisciplinario integrado por las abogadas Mariana García Jurado y Analía Aucía y por la licenciada en Trabajo Social Susana Arminchiardi. La coordinación general estuvo a cargo de Susana Chiarotti. El trabajo fue publicado como un Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos, en el año 2003. El mismo puede descargarse en: www.insgenar.org.ar/observatorio/documentos

El Proceso Metodológico para llevar adelante este trabajo tuvo básicamente tres etapas: acercamiento y trabajo con las mujeres para la obtención de información; el análisis de los testimonios a la luz de los derechos humanos; sistematización y difusión de las conclusiones.

Los testimonios de mujeres procedieron de distintos barrios de los Distritos Sur, Sudoeste, Oeste de la ciudad de Rosario que presentan características de exclusión, marginación y pobreza. Un número menor de testimonios fueron recogidos en grupos de mujeres de las ciudades de Pérez (Barrio Gabin 9), Villa Gobernador Gálvez (Barrio de Pescadores) y en la localidad de Ibarlucea.

Las mujeres de estas localidades demandan asistencia, en su mayoría, en los hospitales de la ciudad de Rosario, pertenecientes tanto al gobierno municipal como al provincial. Los testimonios recogidos involucran a maternidades y hospitales:

- Maternidad Martín y Hospital Roque Sáenz Peña – Ciudad de Rosario, dependiente de la Municipalidad de Rosario,

²Mariana Romero- “Contexto socio sanitario del aborto en la Argentina” Taller de Gire, Buenos Aires, 2007.

- Hospital Provincial y Hospital Centenario – Ciudad de Rosario, dependiente de la Provincia de Santa Fe.

- Hospital Eva Perón – ubicado en Granadero Baigorria, dependiente de la Provincia de Santa Fe

- Hospital Gamem – ubicado en Villa Gdor. Gálvez, dependiente de la Provincia de Santa Fe

Con relación a la primera etapa: acercamiento y trabajo con las mujeres para la obtención de información, se pudo trabajar con trece grupos de mujeres localizadas, como ya se dijo, en áreas de exclusión, marginación y pobreza. Estas características se atraviesan con la densidad de población de las cuatro localidades elegidas y las influencias contextuales de la zona de inserción. La relación con las mujeres se logró a través de diferentes técnicas. Una de ellas fue tomar contacto con organizaciones de mujeres u organizaciones intermedias con trabajo en la comunidad; otra vía se generó por el establecimiento de un diálogo sostenido con referentes barriales y, por último, por medio de trabajadores/as de la salud sensibilizados/as con esta problemática.

Este primer tramo del camino fue difícil, por momentos desalentador. En las primeras charlas, cuando las mujeres se animaban a hablar, los relatos se basaban siempre en las experiencias vividas por otras mujeres que conocían: amigas, vecinas, familiares, el relato era en tercera persona. Se presentó la necesidad de articular técnicas que habilitaran la participación y el trabajo grupal sobre temas que consideramos relevantes para la problemática abordada: el derecho a la salud y los derechos reproductivos.

Así, se implementaron con algunos grupos de mujeres talleres de reflexión donde se debatió el derecho a la salud, las obligaciones del Estado de garantizar su disfrute, así como el derecho de las mujeres de recibir trato respetuoso, digno y no discriminatorio.

Esta modalidad de trabajo, permitió lograr cierto ámbito de confianza y fueron apareciendo algunos testimonios individuales. Otra fuente de obtención de testimonios fue lograda a través de personas que trabajan o viven en los barrios y que colaboraron en el establecimiento de un nexo en forma individual con mujeres que habían experimentado algunas de las situaciones que aparecen en el reporte. La diversidad de modos de abordaje y la combinación de las distintas técnicas fue el resultado de varios factores, pero especialmente, de las reacciones de las mujeres

frente a estos problemas. Salvo en contadas ocasiones, nunca dejaron de aparecer sentimientos como el temor, la vergüenza, el pudor. La posibilidad de hablar por parte de muchas mujeres, a pesar de esos sentimientos, permitió la continuidad de nuestra investigación. Sin embargo, sabemos que más de trescientas mujeres con las que dialogamos y establecimos una instancia de trabajo, no pudieron quebrar la impotencia, el miedo de hablar, que provoca por un lado vergüenza y desconfianza, y por otro la sensación de derrota que sienten algunas y que les hace pensar que participar no sirve para nada porque nada cambiará. Con esto último, aparece otro aspecto de la dificultad mencionada: la naturalización del problema que involucra tanto la dificultad o falta de percepción por parte de las propias mujeres de haber experimentado situaciones de maltrato, como la idea de que siempre existieron esos comportamientos y actitudes y que seguirán existiendo.

Otro aspecto relevante que ha permanecido siempre silenciado, pero latiendo con fuerza y subyacente en el decir de decenas de mujeres, es el relativo al aborto provocado y la posición del personal de los efectores públicos frente a las mujeres que concurren por secuelas del mismo. Pareciera ser que sobre este tema cae un manto de silencio: casi todas las mujeres sabían acerca del trato que parte del personal de salud daba a las mujeres del barrio que se habían practicado un aborto.

Cuando preguntábamos por la posibilidad de hablar con alguna de esas mujeres, la respuesta era el silencio o, en el mejor de los casos, que aquéllas no querían hablar por el temor a ser denunciadas y por la vergüenza que sentían por reconocer haberse hecho un aborto.

La obtención de los testimonios en los talleres siempre se enmarcaron dentro de la reserva de la identidad y de la confidencialidad de aquellos datos y/o detalles que pudieran dar lugar a reconocer las personas involucradas. De la totalidad de las experiencias escuchadas sólo a una parte le hemos dado el carácter de testimonio.

La difusión de los resultados nos ha llevado a establecer un diálogo con funcionarios de reparticiones estatales, medios de comunicación, trabajadores/as de la salud, con el objeto de empezar a construir un camino, *“para que esto no vuelva a ocurrir”*, al decir de una de las protagonistas.

Puesta en escena del Reporte

El Reporte se presentó por primera vez públicamente el 25 de noviembre de 2003

en el Anfiteatro de la Facultad de Ciencias Médicas, en el marco de las actividades por el día de la no violencia contra la mujer. Previamente, las autoras se entrevistaron con la Decana de Medicina, Dra. Raquel Chiara y plantearon sus preocupaciones sobre los hallazgos de la investigación y la necesidad de promover cambios culturales en el ámbito académico, que es donde se forman los futuros profesionales de la salud. En esos momentos, esta Facultad estaba sumergida en un proceso de cambio curricular profundo, que entre sus objetivos tenía el dar una formación con contenido social a los/las futuros/as médicos/as. La Decana respondió positivamente y participó activamente de la presentación del Informe. A la misma asistieron también alumnas/os, profesores/as, varias de las mujeres que habían testimoniado, representantes de organizaciones de mujeres y público en general.

La presentación se organizó en dos momentos: el primero con la exposición académica de las autoras del reporte y el segundo con una **representación teatral**, donde dos actrices reproducen diálogos hospitalarios, entre médicas y mujeres que acuden a los servicios, usando las palabras de los testimonios registrados en el reporte.

El debate que siguió fue muy animado, especialmente porque la representación teatral tocó cuerdas que no pueden sensibilizarse con una presentación académica. Las reacciones fueron disímiles: mientras algunos profesionales se mostraron ofendidos, otros reconocieron que eso *“sucede todos los días, sólo que no sabíamos que era una violación a los derechos humanos”*. Ante la negativa de estos hechos por parte de algunos profesores, apareció la reacción espontánea de mujeres que habían sido partícipes y que dieron datos precisos, con número de historia clínica y otros detalles, sobre los hechos que habían vivido. La reacción de la Decana fue inmediata: propuso crear una Cátedra de Salud y Derechos Humanos para evitar que esas historias se repitan.

El Reporte tuvo además otros efectos. Su apropiación por parte de otros grupos permitió que se dispararan diversas acciones. Así, por ejemplo, el Espacio de Articulación Lésbica de Argentina (ESPARTILES) lanzó en el año 2006 la campaña *“Cambiemos las preguntas”*, con la cual se busca *“erradicar las prácticas y actitudes discriminatorias hacia las lesbianas, fuertemente naturalizadas por parte de los integrantes de los sistemas de salud”*. Las autoras reconocen que esta propuesta adhiere a dos ideas sostenidas en el Reporte *Con Todo al Aire*: a) *el trato digno no depende de la calidad de los recursos* y b) *respetar no cuesta, no ser respetadas sí tiene altos costos”*.

Desde su publicación hasta la fecha, el reporte fue difundido en seminarios, congresos de salud y jornadas, en diversas provincias del país. Los objetivos fueron, por un lado, visibilizar y “desnaturalizar” la violencia de género ejercida en las instituciones de salud. Por otro lado, formar alianzas y generar contactos con personas e instituciones comprometidas en continuar con la tarea de construcción de una cultura de trato digno, enmarcado en los principios de derechos humanos, especialmente, el derecho a la salud.

Esto significó un aprendizaje para el equipo de trabajo y nos permitió comprobar la extensión de la problemática del maltrato en todas las provincias, así como los esfuerzos de numerosas personas para revertir esta situación. Hemos detallado las presentaciones realizadas en el punto “Seminarios” del Capítulo II: Herramientas del Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos.

Las acciones legales y de monitoreo

Al finalizar la investigación en agosto del año 2003, antes de ser publicada en el Reporte mencionado, se presentaron sendas acciones legales: una frente a la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe, institución encargada del control de los organismos estatales provinciales. Y otra ante la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario³.

La respuesta de la Defensoría del Pueblo fue inmediata, dio curso a la queja presentada bajo el Expediente Nro.2-011572/03 y convocó a una primera reunión a los Directores de los Hospitales Provinciales involucrados en la investigación realizada, conjuntamente con los jefes de los servicios de Ginecología y Obstetricia y Servicios de Enfermería, que se realizó el 22 de septiembre de 2003. Posteriormente, hubo una segunda reunión con las integrantes de las organizaciones y responsables del estudio, Ingsenar y Cladem, el 9 de octubre de 2003. Como resultado de las mismas surgieron propuestas de capacitación, reformas y posibles alianzas para llevar adelante los cambios.

En el marco de este proceso la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe, dicta la **Resolución 713** (31/10/03) por la cual *“recomienda al Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la Provincia, instrumente y viabilice el establecimiento de normativas y pautas claras, como también la organización de*

³ Si bien no hubo respuesta a la carta enviada, sabemos que el Reporte Con todo al aire, se conoció en diferentes espacios y se organizaron capacitaciones sobre la temática.

actividades (talleres de reflexión, jornadas, encuentros) tendientes a garantizar un trato adecuado a las mujeres que asistan a los Servicios de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Públicos, en el estricto marco del respeto por los derechos humanos. Dichas acciones podrán incluir no sólo al Personal Médico, sino también a Enfermeros/as, Camilleros/as, a fin de erradicar prácticas que pueden atentar contra la Dignidad de la Persona". (ver Anexo 1)

Contar con esta Resolución nos generó muchas expectativas pero también el compromiso de monitorear su puesta en marcha en el ámbito de la salud pública provincial. En consecuencia, en los años posteriores nos propusimos realizar un seguimiento de la misma a través de diferentes estrategias.

El eje se concentró en el conocimiento de la Resolución Nro. 713 por parte de Salud Pública, particularmente de las personas responsables de conocer e implementar la misma. Para esto se realizaron diversas entrevistas a referentes claves. El seguimiento atravesó un contexto de transición de gobierno, coyuntura que nos dejó un tiempo sin interlocutores. Y significó volver a poner en marcha los dispositivos para su difusión, a través de reuniones y presentaciones, ante las nuevas autoridades y sus equipos de salud.

Los resultados de las entrevistas como las oportunidades de difusión que se desarrollaron, confirmaron nuestros temores: la Resolución no había sido difundida por el Ministerio, ni se habían emprendido las actividades exigidas por la misma, como la capacitación y sensibilización de todo el personal.

Al comprobar que continuaba siendo desconocida por los principales funcionarios del área, se planteó una nueva iniciativa, solicitando a la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe que realice un Pedido de Informes al Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. La Defensoría dio curso a nuestra solicitud a través del Expediente ROS-8/5549, en fecha 26 de marzo de 2008, por el cual se solicita al Ministerio de Salud de la Provincia que informe qué pasos han dado para implementar la Resolución N° 713/03. En ese pedido de Informes el Defensor del Pueblo pregunta *“si se tiene conocimiento que la gestión anterior hubiese hecho acciones para cumplir con la resolución. Y, en caso negativo, si la presente gestión tiene elaborado un programa, dado que, atento a nuestro reclamo, la situación no se ha modificado sustancialmente”*. Por último, se solicita dar a conocer a la Defensoría el plan de acción. Hasta el momento la Defensoría del Pueblo no obtuvo respuesta al pedido de informes.

A pesar del desconocimiento de la Resolución, se manifestó una buena disposición a la difusión y capacitación del personal.

II. Herramientas del Observatorio

El Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos -octubre 2006- es un punto de partida, pero como hemos visto en el capítulo anterior, es también el resultado de un largo proceso. Su creación tiene como objetivo promover la construcción de una cultura no discriminatoria y respetuosa de los Derechos Humanos, así como la erradicación de la violencia y los malos tratos a las mujeres en los servicios de salud sexual y reproductiva.

A continuación profundizamos en las diferentes herramientas que venimos trabajando para acercarnos a nuestros objetivos.

- La cátedra de Salud y Derechos Humanos
- El Premio a las Buenas Prácticas “Cecilia Grierson”
- La página web y la lista electrónica
- Los seminarios de difusión
- La obra de teatro y el video

➤ La cátedra de Salud y Derechos Humanos

En el Capítulo I, al relatar el proceso realizado para presentar y difundir el Reporte sobre Derechos Humanos, señalamos el momento en que surgió la idea de crear una asignatura sobre derechos humanos e incorporarla a la currícula de la Facultad de Medicina. Las acciones de investigación y denuncia de las organizaciones de mujeres confluyeron con el proceso de reforma curricular que había iniciado la Casa de estudios. Así nacía la Materia Electiva de Salud y Derechos Humanos.

Es necesario hacer un breve relato de las condiciones sociales, históricas, políticas y educativas en que se desarrolló el proceso de transformación curricular de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario.

Este cambio fue el efecto de un proceso que se había iniciado en 1984 con la llegada de la democracia. Las distintas gestiones que se realizaron desde entonces tuvieron en su agenda la modificación de algunos de los aspectos que hacen a un currículo académico. Algunas pusieron el acento en los modos de aprender, otras en los modos de enseñar pero sobre todo tuvieron como horizonte, en su conjunto, la adecuación del perfil profesional y de los contenidos de las prácticas en salud al marco de políticas de inclusión y construcción de ciudadanía que concibieran a la salud como un derecho.

En tal sentido, se recuperaron todos los documentos que desde Alma Ata⁵ fueron elaborados en las distintas Conferencias Mundiales sobre educación médica organizados por AFACIMERA (Asociación de Facultades de Ciencias Médicas de la República Argentina) y la FEPAFEN (Federación Panamericana de Facultades de Medicina), en los que se planteaba como prioritaria la reformulación del sistema de salud, la adecuación de los currículos de formación a este nuevo paradigma e implicación de la educación superior en la formación del profesional que responda a las necesidades de los distintos contextos donde se realizan las prácticas en salud.

La gestión iniciada en 1998, avanzó sobre los acuerdos curriculares señalados precedentemente, dándole al proceso de transformación una dinámica más profunda cambiando la estructura de la currícula. De una currícula centrada en la disciplina se puso el acento en un diseño que, partiendo de la práctica en salud y a través de distintos análisis, se aborden diferentes disciplinas como instrumentos necesarios para la resolución del problema planteado. Siendo la realidad el objeto de estudio para la selección de los contenidos y en la comprensión de su complejidad, fue necesario incorporar otros campos del saber para colaborar en la comprensión de situaciones que superaban el campo de lo biológico, sin dejar de señalar que este último hace a la especificidad de la formación médica.

El proceso de transformación curricular y el desarrollo del diseño integrado, implicaron el encuentro de actores sociales provenientes de los campos del saber involucrados en las prácticas en salud y supusieron la instrumentación de encuentros disciplinares e interdisciplinares que hacen al perfil pedagógico didáctico de un currículo integrado.

Desde este marco de referencia el diseño del currículo está configurado en ciclos en los que se despliega el objeto de estudio: El proceso salud-enfermedad-atención. En el primer ciclo denominado **Promoción de la salud**; el acento está puesto en actividades vinculadas a conocer para cuidar; el segundo ciclo **Prevención de la Enfermedad**, se ocupa de los aspectos preventivos estructurados en torno a conocer para prevenir; el tercer ciclo **Diagnóstico, Tratamiento y Recuperación**, se organiza en torno al eje conocer, para intervenir; el cuarto ciclo **Práctica Final**, refiere a la práctica en las instituciones de salud y de otras, vinculadas a brindar servicios.

⁵ Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. La Declaración consideró la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.

En esta organización curricular se incorporan los DDHH como contenido transversal que atraviesa cada espacio curricular: áreas de Crecimiento y Desarrollo, de Nutrición, Sexualidad, Género y Reproducción, de Trabajo y Tiempo Libre, de Ser Humano y Medio Ambiente, de Injuria, de Defensa, de Clínica Médica, Clínica Pediátrica, de Gineco-Obstetricia, Clínica Quirúrgica. Desde la óptica de los DDHH, se revisan y se replantean desde la preparación de una historia clínica, hasta el conocimiento de los territorios en que viven quienes utilizan los servicios de salud, poniendo el énfasis en las intervenciones de promoción, prevención y atención de las enfermedades, los modos de interacción entre los y las profesionales de la salud y la población que requiere de sus servicios.

En este contexto, la incorporación de los Derechos Humanos al diseño curricular, como otro campo de saber comprometido con el hacer en salud, *“fue un desafío apasionante, tanto desde el punto de vista de las políticas educativas, como desde las metodologías y recursos didácticos utilizados”*⁶, porque implicó repensar los contenidos a desarrollar y las estrategias de enseñanza y de aprendizaje, haciendo presente una temática que los nuevos escenarios reclamaban.

*“En cuanto al primer aspecto, se trata de plasmar el enfoque interdisciplinario de dos campos de saber complejo, como son la salud y los derechos humanos, que no sólo tienen desarrollos epistemológicos disímiles, sino que parten de lenguajes y lógicas diferentes”*⁷. Durante todo el proceso de aprender, la participación de los alumnos/as desempeña un papel destacado y se trata a lo largo del cuatrimestre de coordinar los distintos momentos e instancias.

La implementación de un abordaje de este tipo, *“requiere una aproximación integral al discurso de los derechos humanos, que tenga en cuenta su integralidad, interconexión e interdependencia, además de su universalidad. Este enfoque supone una filiación a la transformación conceptual del campo que se plasma definitivamente en la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos de la ONU en Viena de 1993. A partir de Viena, se tomó conciencia de que no puede gozarse un derecho humano en un área, si las personas son privadas de otros derechos conexos o relacionados”*⁸.

⁶ Chiarotti Susana. “Los derechos humanos en la currícula innovada de la Facultad de Medicina”, en Proceso de Transformación Curricular. Otro paradigma es posible. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario.UNR, 2005.

⁷ Ib. idem pág. 187

⁸ Ib. idem pág. 188

Con este enfoque se elaboró el diseño curricular y se materializó en la materia electiva denominada Salud y Derechos Humanos que comenzó a dictarse el 26 de agosto de 2004 y continúa hasta la fecha con el objetivo de profundizar en el estudio y debate específico del derecho humano a la salud, su conexión con otros derechos y las condiciones de su disfrute, a través de la aplicación de sus instrumentos y mecanismos tanto del sistema universal como regional.

Así se elaboró una propuesta que se avenía con los pilares que sostenían la reforma curricular de la Facultad de Ciencias Médicas, proceso transformador que cuestiona los paradigmas tradicionales de atención médico-paciente, el manejo del poder de los y las profesionales de la medicina, la visión jerarquizada y autoritaria del ejercicio de la profesión y a facilitar canales para promover relaciones más democráticas en el ejercicio de la medicina. La construcción de esta propuesta intenta promover una visión integral del ser humano, como sujeto de derechos.

El diseño curricular marca la necesidad de ubicar al estudiante tempranamente en contacto con la práctica supervisada y como centro de proceso del aprendizaje, utilizando situaciones problemáticas, afianzando herramientas cognoscitivas para llevar adelante procesos de formación permanentes. Aspira a desarrollar en el alumnado el pensamiento crítico, actitud positiva hacia el aprendizaje y la formación permanente; elevada formación práctica en actividades vinculadas con la resolución de problemas, estudios de casos y de historias clínicas.

La metodología pedagógico-didáctica coloca al estudiante en una actitud activa, frente a la realidad de una situación problemática, relacionada con el medio y que le permita claramente diferenciar aquello que debe asumir, lo que debe derivar y lo que obligatoriamente debe resolver.

Esta transformación curricular, propone romper con las arraigadas tradiciones del modelo pedagógico centrado en los modos de enseñar y asumir el desafío de la propuesta metodológica “aprendizaje basado en problemas”. *Se busca “generar en los/las estudiantes una matriz de aprendizaje que les permita ser protagonista, para el logro de aprendizajes significativos. Aprendizajes transferibles. Capacidades de aprendizaje que les permita aprender autónomamente de por vida. Capacidad de analizar sus propios procesos de aprendizajes. Posibilidad de ser profesionales con sólida formación científica, con el compromiso de consumir y crear conocimiento. Ciudadanos comprometidos, formados para leer adecuadamente su realidad y actuar ética e idóneamente, cómo, cuándo y dónde ella los reclame”*⁹.

⁹ Dargoltz Dórale, El aprendizaje basado en Problemas en la transformación Curricular, pag.133 En proceso de Transformación curricular: Otro paradigma es posible.UNR. Editora Rosario 2005

Las materias electivas que se introducen en la nueva currícula, ofrecen al alumnado la oportunidad de realizar un recorrido por temáticas extracurriculares vinculadas al campo de la profesión médica.

El proceso de enseñar y aprender se concreta en dos instancias:

a) En el espacio del aula, donde se analiza el cuerpo teórico de la temática, con los aportes y facilitaciones del equipo docente. En otro momento, en trabajo de grupos con la metodología de aprendizaje basado en problemas, se abordan situaciones que se presentan cotidianamente.

La metodología del aprendizaje basado en problemas implica que en cada módulo de la materia se presentan casos donde alumnos y alumnas deben resolver el problema planteado, cruzando los contenidos propios del campo con las perspectivas de género y étnico racial.

La dinámica de trabajo de las situaciones problemáticas se desarrolla del siguiente modo: a- se forman grupos de discusión; b- se trabaja y discute sobre consignas preestablecidas; c- plenarios de discusión de las conclusiones de cada grupo.

b) En la práctica, a la que concurren acompañados por profesionales, y con una guía de trabajo, el objetivo es comprender y reconocer los pasos y el camino del “aprender a aprender”. La dinámica del trabajo de campo se concreta en efectores de salud pública de diferentes jurisdicciones.

Las perspectivas de abordaje están centradas en:

-la dinámica relacional; equipo de salud, población que accede al efector.

-las condiciones contextuales, de infraestructura, equipamiento, organización de la atención.

Este camino se fortalece con consultas a documentos, investigaciones, a expertos, bibliografía, entrevistas a distintos actores y observación en terreno. La evaluación permanente del proceso de aprendizaje de esta materia electiva, favorecerá también su constante reajuste a las necesidades del contexto y a los nuevos desarrollos teóricos.

El equipo docente de la materia se compone por profesionales provenientes de cuatro disciplinas: Medicina, Derecho, Trabajo Social y Psicología, que ejercen la docencia en otras Facultades. El grupo de docentes desarrolla la materia electiva desde un

enfoque multidisciplinario. La problemática del derecho humano a la salud, con todas sus complejidades, es trabajada teniendo en cuenta las distintas aristas.

El Programa de Estudios tiene como objetivo general la comprensión de la práctica médica como espacio del derecho a la salud, entendiendo a la salud “*como una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones*”¹⁰ para alcanzar la mejor calidad de vida posible.

Contenidos básicos curriculares. Los contenidos que hemos incluido en la materia son los siguientes:

- Sistema de derechos humanos, instrumentos y mecanismos situados. Interacción con profesionales de medicina.
- Traducción de los derechos humanos plasmados en tratados internacionales a políticas públicas locales e instrumentos de interacción con la salud.
- El concepto de salud en su perspectiva histórica. La definición de la OMS. Jurisprudencia de los Comités Monitores de los Tratados de ONU sobre el derecho a la salud, obligaciones de los Estados Partes: Proteger, Promover y Garantizar. Responsabilidades diferenciadas para el Estado en todos sus niveles: Nacional, Provincial y Municipal. El Pacto en nuestro país su incorporación a la Constitución Nacional en 1994: otra dimensión y alcances del derecho a la salud y responsabilidades de la práctica de la medicina.
- La salud como un derecho humano en la práctica médica. Enfoques y perspectivas de abordaje: multidisciplinariedad, incorporación del contexto social, tipos de roles de las personas que acuden a los servicios de salud, grupos en situación vulnerable y trabajo en la promoción de la salud en interacción fluida con la población.
- Los medicamentos como bien social. Accesos a medicamentos. Empresas farmacéuticas.
- Actitud frente a la discriminación. La ética en la relación médico/sujeto de derechos. Discriminación y discapacidad. Violencia de género. Tratos crueles, inhumanos y degradantes.
- Maneras de enfermar de hombres y de mujeres. Posibilidades de acceder a los sistemas de salud y de ejercer el derecho a la salud.

- Agencias y mecanismos del sistema universal y regional de derechos humanos relacionados con el derecho a la salud, en su calidad de mecanismo de defensa de derechos para cualquier ciudadano/a, y espacios de elaboración y distribución de conocimientos. Ver Programa: Anexo 2.

➤ **PREMIO A LAS BUENAS PRÁCTICAS “Cecilia Grierson”**

La idea de instalar un Premio a las Buenas Prácticas, tiene como objetivo promover y compartir experiencias positivas en el trato a las mujeres en los servicios de salud sexual y reproductiva.

El premio como herramienta nos permite trabajar en la erradicación de una cultura de la violencia desde otra perspectiva, mostrando ejemplos o experiencias que difundan actitudes, prácticas y metodologías que tengan por objetivo garantizar el respeto a los derechos humanos, la dignidad de las mujeres y mejorar su situación.

Hacer foco en las “Buenas Prácticas” con el propósito de difundir e incentivar las mismas, despertó interés para participar pero también curiosidad por acercarse a los temas del Observatorio. Esto lo hemos comprobado en la buena recepción por parte de autoridades de Salud Pública como así también por parte de los equipos de salud de los diferentes efectores.

La propuesta, si bien es un estímulo y apoyo a determinadas prácticas, que sabemos que se desarrollan, significa por otra parte, tomar conciencia de la existencia de los malos tratos y la discriminación naturalizada en la atención a las mujeres. En consecuencia, el premio en el marco de nuestros objetivos, adquiere una dimensión que posiciona de otra manera al Observatorio ya que permite visualizarlo no sólo como un espacio de interpelación o denuncia al personal de salud que maltrata, sino también como un espacio desde donde se promueven cambios positivos. Se trata de mostrar que en todos los contextos, aun los más adversos, hay personas comprometidas que dan todo de sí para brindar un servicio de salud de calidad. En otras palabras, la implementación del premio en el ámbito de la salud pública valorizó el trabajo que venimos realizando desde otro ángulo.

El Premio está destinado a personas y/o equipos de efectores públicos que trabajan

en salud sexual y reproductiva, u organizaciones no gubernamentales, vinculadas a instituciones públicas de salud y que desarrollen iniciativas conjuntas.

Los criterios que hemos considerado importantes para la selección de las experiencias fueron: que sea impulsada por un equipo, o un grupo, si es posible interdisciplinario; que la experiencia sea sostenible en el tiempo; que se garantice un derecho humano; que efectivamente se haya implementado; que signifique una innovación y una práctica de calidad.

En la primer edición del Premio, durante el 2008, el Jurado estuvo integrado por María José Lubertino, titular del INADI, Valeria Isla, quien fuera responsable del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la Nación y el médico rosarino Walter Barbato, experto en el tema y de reconocida trayectoria en la defensa de los derechos de las mujeres. Se presentaron 64 trabajos procedentes de las siguientes provincias: Santa Cruz, Buenos Aires, Chubut, Formosa, La Rioja, Mendoza, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán. El 28 de Mayo de 2008, con motivo de conmemorarse el Día internacional de Acción por la Salud de la Mujer, entregamos el Premio al equipo ganador y tres menciones especiales. El Premio fue recibido por el Equipo de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital Roque Sáenz Peña, de la ciudad de Rosario. La propuesta fue mejorar la receptividad del Servicio hacia las mujeres que concurren en situación de aborto, a partir de diversas acciones como consejerías, entrevistas, entrega de métodos anticonceptivos y por sobre todo, propiciando un cambio de actitud hacia la mujer que consulta por aborto.

Las Menciones especiales fueron las siguientes:

* Centro de Atención Primaria Nam Qom, ubicado en una comunidad indígena Qom-Toba de la ciudad de Formosa, quienes bajo el Seudónimo de “A Alpi”, generaron un espacio de colaboración intercultural sobre salud sexual y derechos reproductivos a partir de brindar información sobre medicina occidental a las mujeres de esta etnia en permanente diálogo con sus conocimientos ancestrales.

* Equipo Interdisciplinario del Programa Provincial de Salud Reproductiva de la Provincia de Mendoza, bajo el seudónimo “Rosario”, la buena práctica trabajó un abordaje integral para la atención post-aborto, conciliando estrategias de consejerías y situaciones de medicación en casos de violencia institucional.

* Dra. María Cristina Díaz, del Hospital, Reconquista, Provincia de Santa Fe. Bajo el Seudónimo “Malena Ríos”, la buena práctica consistió en eliminar las denuncias

penales por parte de los/las médicos/as ginecólogos/as-obstetras hacia las mujeres que habían realizado abortos clandestinos.

¿Por qué Cecilia Grierson?

La elección de Cecilia Grierson para el nombre del premio, ha sido en honor a su vida de compromiso con los derechos de las mujeres. Fue la primera médica argentina. Ingresó en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires, donde hasta ese momento ninguna mujer argentina había osado ingresar a tal carrera. Luego de superar serios obstáculos por su condición de mujer, logró graduarse como médica en 1889, completando su carrera en un plazo normal de seis años. Antes de recibirse, en 1886, fundó la Escuela de Enfermeras del Círculo Médico Argentino y luego la Sociedad Argentina de Primeros Auxilios. Se inició en el Hospital San Roque (hoy Ramos Mejía) dedicándose a la ginecología y obstetricia.

En 1905 puso en funcionamiento el Instituto Argentino para Ciegos; en 1907 fundó la Asociación de Obstetricia Argentina y el Liceo de Señoritas del que fue también su profesora.

En 1906 concluyó un extenso estudio del Código Civil, en el cual mostraba que las mujeres casadas tenían estatus de niñas en la Argentina, discriminándose las en mayor medida que a las mujeres solteras o viudas respecto de los mismos derechos civiles de los hombres adultos. Recién en 1926, alcanzaría a ver algunos cambios cuando se reformó el Código Civil con la incorporación de muchas de las demandas acerca de la condición de la mujer en el país, como la posibilidad de disponer de sus propias ganancias, formar parte de sociedades civiles o mercantiles, etc. Además, en este mismo año, fundó una escuela técnica y de labores domésticas para mejorar la inserción económica de las mujeres.

En 1910 presidió el Congreso Argentino de Mujeres Universitarias (que había sido fundado en 1905 por, entre otras, Elvira Rawson de Dellepiane) y el “Primer Congreso Feminista Internacional de la República Argentina”, donde se analizaron temas como la situación de las mujeres en la educación, la legislación, el abandono de los hijos, la necesidad del sufragio femenino.

Fue sufragista y pionera en la lucha por los derechos de las mujeres, propugnando una reforma civil y política para terminar con la discriminación en el ámbito

educativo y en el terreno político. Recibió incontables galardones y homenajes por sus esfuerzos en favor de la educación y la medicina argentina. Sin embargo, nunca pudo ejercer una Cátedra en la Facultad de Medicina: *“Intenté inútilmente ingresar al Profesorado de la Facultad en la Sección en la que podía enseñar [...] No era posible que a la mujer que tuvo la audacia de obtener en nuestro país el título de médica cirujana, se le ofreciera alguna vez la oportunidad de ser jefa de sala, directora de algún hospital o se le diera algún puesto de médica escolar, o se le permitiera ser profesora de la Universidad. Fue únicamente a causa de mi condición de mujer (según refirieron oyentes de los miembros de la mesa examinadora) que el jurado dio en este concurso de competencia por examen, un extraño y único fallo: no conceder la cátedra ni a mí ni a mi competidor, un distinguido colega. Las razones y los argumentos expresados en esa ocasión llenarían un capítulo contra el feminismo, cuyas aspiraciones en el orden intelectual y económico he defendido siempre”¹¹.*

➤ **La Página web y la lista especializada: salud-género-derechos humanos**

Siguiendo las recomendaciones y conclusiones de los talleres provinciales, que reafirmaron la validez de contar con una página web, desde donde se diera seguimiento a las acciones emprendidas, se lanzó la página:

www.insgenar.org.ar/observatorio

Desde la misma, se publican documentos, noticias y actividades relacionadas con la necesidad de promover y difundir el trato respetuoso y no discriminatorio hacia las mujeres que acuden a efectores de salud, especialmente en casos de salud sexual y reproductiva. Asimismo, es una herramienta para la divulgación de las prácticas positivas y compartir estrategias de deconstrucción de la cultura de trato humillante y discriminatorio hacia las mujeres.

La página cuenta a la vez con un espacio de denuncias de tratos crueles, inhumanos y degradantes. A través de un formulario de fácil manejo, se pueden denunciar los malos tratos recibidos en cualquier lugar del país. Otro formulario permite visibilizar aquellos espacios de salud donde se realizan buenas prácticas.

La página web está pensada como un mecanismo de comunicación entre las

¹¹Tomado de http://www.rimaweb.com.ar/protagonistas/cecilia_grierson.html

distintas personas y organizaciones que están participando en la propuesta, no sólo en nuestra ciudad y provincia, sino también en las otras provincias donde se realizaron actividades. Asimismo, se busca difundir material de investigación sobre los temas trabajados en el Observatorio.

La lista especializada: salud-género-derechos humanos: La implementación de esta lista se inició realizando invitaciones personales a varios públicos ligados a la problemática de la salud de las mujeres, especialmente en el área de salud sexual y reproductiva. Incluye a funcionarios públicos de nivel ministerial de todas las provincias argentinas, se continuó con las áreas de salud sexual y reproductiva o afín de cada ministerio. Se siguió con la invitación a los colegios y asociaciones profesionales de Trabajo Social, Medicina, Obstetricia y Ginecología. Esta lista está dedicada principalmente al sistema de salud y trata de aportar una mirada de su funcionamiento desde el punto de vista de las mujeres y sus derechos humanos.

En cuanto al contenido difundido, hemos seleccionado artículos, que pueden consultarse en la sección documentos de la página web. Ellos están dirigidos a sensibilizar al personal que trabaja en el sector salud: enfermeras/os, médicas/os, directores de hospitales, funcionarios públicos del área salud; ONGs relacionadas, decisoras/es públicas/os; promoviendo una visión del derecho a la salud de las mujeres a través de una mirada de género y derechos humanos, que tiene como eje principal a los derechos sexuales y reproductivos.

Además de este material, también se difundieron periódicamente documentos y artículos académicos y periodísticos relativos al asunto, donde se analiza el trato que se brinda en los servicios de salud sexual y reproductiva y se relevan casos de atención deficiente y violatoria de los estándares de derechos humanos.

La lista no está configurada como un Foro en el que cada mensaje se replica hacia toda la lista de contactos. Se trata de que cada persona envíe mensajes y que las respuestas vayan directamente a ella misma, para no generar pesados intercambios y que la lista termine siendo desestimada por quienes la reciben.

➤ **Los seminarios de difusión**

Las presentaciones que venimos realizando en distintas ciudades del país tienen la modalidad de seminarios o jornadas y constituyen una herramienta para la difusión de una cultura respetuosa de los derechos humanos de las mujeres en el ámbito de la salud. La motivación común ha sido extender tareas de sensibilización a otras provincias, debido a que, luego de tomar contacto con organizaciones afines, se

constataron experiencias similares en el resto del país.

Este trabajo nos ha permitido enriquecer y fortalecer la propuesta del Observatorio, por dos motivos principales. Uno se relaciona con la posibilidad de recoger comentarios y relatos que confirman la existencia de los malos tratos en diferentes localidades. El otro motivo se vincula con las articulaciones realizadas que permitieron llevar adelante estos encuentros. Con muchas de estas organizaciones y personas hemos establecido alianzas que se han ido consolidando a lo largo de estos años y nos permiten abordar estrategias en un futuro inmediato.

Seminario Nacional sobre Trato Humanizado a Mujeres en Servicios de Salud Sexual y Reproductiva: Los días 15 y 16 de septiembre de 2005, se realizó en Rosario un primer seminario de carácter nacional. El objetivo del seminario era promover un debate a nivel nacional acerca de la existencia de malos tratos y actitudes discriminatorias a mujeres en los servicios públicos de salud sexual reproductiva y analizar mecanismos y estrategias para su erradicación. También se identificaron programas innovadores que intentan mejorar la atención de las mujeres en salud reproductiva.

Convocó a trabajadoras/es de la salud, organizaciones no gubernamentales, funcionarios/os (especialmente coordinadores de programas), periodistas, estudiantes y docentes. Se invitó a actores claves relacionados con el tema de las distintas provincias, con el fin de establecer contactos y favorecer la concreción de alianzas, que permitieran la continuación y multiplicación de la actividad en otras ciudades del país. La experiencia y vivencias recogidas en este seminario fueron claves para la organización y desarrollo de los seminarios provinciales.

Seminarios Provinciales

Los seminarios provinciales se constituyen en espacios privilegiados para analizar, a partir de la realidad local, la existencia de malos tratos y actitudes discriminatorias a mujeres en los servicios públicos de salud sexual reproductiva, revisando los mecanismos y las estrategias posibles para su erradicación.

Si bien hay objetivos comunes, en cada ciudad la propuesta tomó características particulares dadas, por el tipo de organizaciones convocantes; los avances realizados tanto en el sector salud como en el movimiento de mujeres y de derechos humanos

del lugar y las circunstancias sociales y políticas por las que atraviesa cada provincia.

En consecuencia, los seminarios no tuvieron la misma estructura, ni duración, ni metodología. El diseño de cada uno de ellos se hizo en coordinación con los actores locales, encargados de continuar con la propuesta. Algunos han puesto mayor énfasis en trabajar la problemática en ámbitos académicos, otros en favorecer un diálogo con los referentes de programas y servicios de salud pública, otros en incentivar a que el tema sea asumido por organizaciones sociales. Pero más allá de estos matices, todos tuvieron en cuenta una convocatoria amplia, con prioridad en los/las trabajadores de la salud y responsables de la salud pública, además de las organizaciones sociales, especialmente de mujeres y derechos humanos.

A pesar de las particularidades, todos tuvieron como núcleo central la presentación formal del Reporte de Derechos Humanos “Con Todo al Aire” y su representación a través de la obra de teatro. A continuación se realiza un primer intercambio, que suele ser apasionado ya que la obra tiene un alto impacto emocional que no permite quedar indiferente.

Después de este primer momento de intercambio o debate se organizan trabajos en grupos o talleres para profundizar el tema, a partir de dos ejes fundamentales: a) la **identificación de situaciones semejantes en la arena local** y b) la **elaboración de estrategias superadoras**. Aparece en este momento la realidad local en su multiplicidad, especialmente cuando hay presencia de referentes de zonas alejadas de las capitales provinciales. Los relatos que incorporamos en el capítulo de testimonio, surgen en este momento.

Exponemos algunas de las estrategias y propuestas que más se repiten en los distintos seminarios:

- Impulsar estrategias de educación en derechos humanos especialmente para las/los trabajadores de la salud.
- Continuar con acciones de difusión sobre los derechos de las mujeres donde se vienen haciendo o impulsarlos en donde no se conocen.
- Trabajar en redes, estar comunicadas e interactuando, especialmente quienes estamos en las ciudades del interior de capitales provinciales.
- Multiplicar talleres o charlas en los barrios para informar a todas las mujeres de sus derechos formando una cadena multiplicadora, desde las mujeres beneficiarias de los servicios, los prestadores, las autoridades y la sociedad en

general.

- Organizar una página de Internet para dejar plasmados los testimonios de personas damnificadas por el maltrato.
- Confeccionar hojas de “buena atención” que permita que cada usuario/a evalúe como fue la atención del personal de salud.
- Autocrítica y capacitación dentro del sistema de salud ginecológica para reconocer el problema y mejorar la actitud humana de los/las profesionales.
- Que se implementen cátedras de Derechos Humanos con perspectiva de género en carreras de Medicina y Enfermería.
- Que para acceder a las jefaturas de servicios se exijan conocimientos sobre la temática de Derechos Humanos con perspectiva de género.
- Que el alumnado de universidades privadas haga sus prácticas en sanatorios privados, para no recargar con su presencia a las mujeres en los hospitales públicos.
- Que las fundaciones que apoyan los hospitales estén formadas por usuarios/as, que son quienes conocen más a la institución, su funcionamiento, sus carencias y problemas.
- Exigir que el sistema de salud brinde mecanismos de control y denuncia, que el Estado se haga cargo de la evaluación de su propio funcionamiento.

El proceso que hemos transitado significó la posibilidad de repensar las propias líneas de trabajo. El intercambio con las realidades provinciales nos ayudó a tomar decisiones que entendimos como una necesidad surgida en estos encuentros. Un ejemplo de esto fue crear la lista y la web del Observatorio, como respuesta a las propuestas de continuar de manera articulada y en comunicación.

Para un recorrido detallado de los seminarios provinciales ver Anexo 3.

Algunas resistencias al tema

En los debates hemos observado que existen resistencias para focalizar los malos tratos a las mujeres. Encontramos una tendencia generalizadora que considera este tipo de violencia como un continuo de la violencia institucional que viven las/los

trabajadores de la salud y el resto de la sociedad que utiliza el sistema. Varios/as profesionales lo explican a partir de las malas condiciones de trabajo, la sobrecarga, falta de insumo e infraestructura adecuada. Hay quienes llevan esta línea argumental de la violencia a escala planetaria donde todos y cada uno somos víctimas de algún tipo de violencia. Esta visión se expresa en frases como “*vivimos en un mundo maltratador, todo el mundo sufre maltrato de algún tipo*”. La misma resulta por lo menos inmovilizadora e impide visualizar aquellas cuestiones que sí podemos analizar, desarmar y modificar y sobre las que proponemos hacer el ejercicio en el espacio de la jornada.

En el otro extremo, otra expresión de resistencia la encontramos en la individualización del problema y con ello la respuesta: “*esas son cuestiones personales, el comportamiento personal queda a cargo de cada individuo y depende de su carácter*”. De esta manera se minimiza el problema, se lo corre del espacio de debate y análisis y se lo instala en el plano de la voluntad personal, diluyendo las responsabilidades del Estado y de la institución en cuanto a garantizar la adecuada prestación de los servicios de salud.

En consecuencia, vimos necesario desactivar estas resistencias al inicio, haciendo explícita la focalización del problema desde nuestra propia exposición, de esta manera nos anticipamos a las voces que con actitud poco crítica suelen desanimar la reflexión del tema.

Si bien son muchas las violencias y discriminaciones que reciben las mujeres, como así también las personas que acuden a los servicios de salud, más aún si son pobres, indígenas, inmigrantes, jóvenes, o personas mayores, otros, intentamos focalizar en el trato que reciben las mujeres por parte del personal de salud especialmente cuando acuden por la atención de su salud sexual y reproductiva. La crisis por la que atraviesa el sistema de salud y la precarización de las condiciones laborales -que reconocemos- no justifican los malos tratos.

➤ **La Obra de teatro y el video**

El INSGENAR utiliza recursos teatrales para varias de sus actividades. La idea es apelar a emociones y sentimientos para transmitir la necesidad de respetar y promover los derechos humanos. Se vio la posibilidad de presentar teatralmente los testimonios para contribuir a un mayor impacto en el proceso de sensibilización y difusión del reporte. La idea es discutida por el equipo investigador y se aprueba la propuesta. Paula García Jurado, Victoria Garay y Ricardo Arias, desde sus roles de actrices y

director de teatro respectivamente, van dando forma a la propuesta y finalmente preparan una presentación teatral.

Cuando el equipo teatral accede a los testimonios completos, ven que son tan fuertes que no necesitaban ser recargados con actuación o mobiliario, por lo que optaron por un montaje despojado que permitiera que el foco de atención se mantenga en los testimonios. También sugirieron que ambas actrices rotaran en los roles de médica y paciente, para no estereotipar en una sola el rol de la maltratadora, debido a que ambas eran mujeres, lo que hacía que tomara otra dimensión.

La puesta en escena es austera. Una mesa, que hace de escritorio y de camilla, un estetoscopio y un delantal blanco, que es usado alternativamente por ambas actrices cuando rotan en el papel de médica. La duración es de aproximadamente 30 minutos.

Con el recurso teatral se logró oír las voces de las mujeres, -el guión siguió textual los testimonios- sin que las denunciadas quedaran expuestas personalmente. Esta experiencia resultaba muy fortalecedora para ellas, ya que pudieron presenciar los efectos que sus vivencias tenían en el público y a la vez, observar algunos de los resultados. En el debate posterior a la representación teatral, la Decana de Medicina propuso introducir la enseñanza de los derechos humanos en la currícula de la Facultad.

Al mejor estilo de teatro popular, esta obra, que se fue transformando y ganando en precisión, se convirtió en una obra de teatro documental, de contenido testimonial, claro y contundente¹².

El efecto que produce supera con creces las posibilidades de la presentación académica del reporte. En espacios con un registro intelectual amplio, los testimonios teatralizados introducen el cuerpo y el sufrimiento humano en el medio de la escena. La obra despierta emociones y toca otros registros. Por un lado, permite visualizar como violación a los derechos humanos algo que estaba naturalizado y no se registraba como tal. Permite, como sostiene Victoria Garay, “abrir el cajón donde las personas guardan sus peores experiencias”. Al facilitar el acceso al nivel de la experiencia de violación a los derechos humanos, el impacto de las presentaciones va más allá de la mera exposición documentada del tema. El teatro apela a otra

¹²En marzo del 2005 se ofrece en Nueva York, auspiciada por la Coalición Internacional por la Salud de las Mujeres (IWHC) en el marco de un Seminario - taller de capacitación en derechos humanos, realizado durante las actividades del Beijing + 10, convocada por la Comisión del estatus de las Mujeres de Naciones Unidas. Allí Cladem y la Red Latinoamericana de Jóvenes aúnan esfuerzos para organizar la actividad.

cuerda del sentimiento humano y eso nos ha permitido provocar debates más intensos, donde la gente se involucra en la discusión desde otro lugar, más comprometido que el de la mera observación.

La reacción de quienes asisten a la representación nunca es de indiferencia. Desde la completa mudez inicial (Mendoza) a las reacciones airadas y ofendidas de algunos médicos (Facultad de Medicina de Rosario), el reconocimiento de que esas escenas se ven todos los días pero *“no creían que fueran violaciones a los derechos humanos”* (todas las provincias), en todos los lugares se observa que la gente reconoce que esas actitudes de maltrato y discriminación existen en todos los lugares y deben ser transformadas.

La obra de teatro resultó ser un excelente recurso metodológico, que apela a los sentimientos, las emociones y permite un mayor compromiso en la denuncia de violaciones a los derechos humanos de las mujeres y en la construcción de una cultura respetuosa y no discriminatoria.

En el año 2007 se decidió producir un video con el material de la obra de teatro. Se convocó al realizador rosarino Fernando Gondard, quien utilizó su experiencia para comprimir en un corto de 11 minutos los testimonios de las actrices. Nuevamente Victoria Garay y Paula García Jurado colaboran con sus actuaciones en la producción del corto. El video se difunde con una cartilla explicativa que se enmarca en el Observatorio con sus objetivos y analiza el contexto en que se reproducen los testimonios que aparecen en el video.

III. Testimonios y relatos

Desde sus orígenes el Observatorio se planteó visibilizar situaciones de malos tratos a mujeres en servicios de salud sexual y reproductiva. En la primera edición de “Con Todo al Aire, Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos” aparecen una serie de testimonios que se obtuvieron luego de una investigación con metodología de talleres y entrevistas personales con mujeres de Rosario y poblaciones aledañas.

Luego de lanzado el Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos en noviembre 2006, se añadieron otras herramientas para recoger testimonios. Una de ellas fue la página web, donde se instalaron dos formularios, uno para las buenas prácticas y otro para denunciar tratos crueles, inhumanos y degradantes. Otra metodología fue la de los seminarios que se realizaron en distintas ciudades del país y que nos permitieron recoger comentarios, relatos y nuevos testimonios que de alguna manera actualizan nuestra investigación. En este capítulo abordaremos por su importancia algunos de los testimonios plasmados en la primera edición de “*Con Todo al Aire, Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos*” y los nuevos aportes recogidos tanto desde la página web como en los seminarios provinciales.

Los primeros comentarios recogidos en estos espacios se expresan una vez finalizada la obra de teatro o el video “Con Todo al Aire”. Al silencio inicial le siguen comentarios similares en todos los lugares:

- *“es muy fuerte, pero lamentablemente es la realidad”*. Posadas 2008.
- *“no pasa sólo en los hospitales sino también en los privados”*. Posadas 2008.
- *“es leve, es light todavía, pasa eso y más”*. Urólogo de Cipolletti Congreso Género Rosario 2008.
- *“yo me reía, pero porque me pasaban muchas cosas acá (señalando el pecho y la garganta), en verdad yo quería decir muchas cosas, en primer lugar que todo lo que se mostró es verdad y pasa y me ha pasado”*. Corrientes 2007.
- *“a mí me pasó lo mismo”*. Resistencia 2007.

A continuación de estas primeras reacciones, hemos escuchado relatos de mujeres que sufrieron retos, insultos, falta de información, burlas, descreimiento, humillación y agresiones físicas, entre otras. El conocimiento de estas situaciones nos permite vislumbrar la extensión y naturalización de los malos tratos a las mujeres en el país. Abordaremos estos relatos junto con algunos de los testimonios ya publicados en el Reporte de Derechos Humanos del año 2003, que por su importancia y recurrencia, merecen volver a publicarse. Ambos serán trabajados siguiendo el eje de qué derechos son vulnerados.

Las experiencias que las mujeres comparten en las presentaciones no siempre se reconocen como un derecho vulnerado. Tanto la presentación teatral como el vídeo movilizan situaciones semejantes. A partir de la observación de lo que les pasa a las actrices, recién comienzan a reconocer lo vivido en términos de violación de derechos. La naturalización de los malos tratos es un problema que observamos cuando dialogamos con las/los trabajadores de la salud pero también con las propias mujeres, quienes consideran que no tienen posibilidades de exigir o elegir otro tipo de atención y trato.

Esta percepción fue registrada en la investigación del Reporte Con Todo al Aire, las mujeres explicaban los malos tratos porque recibían “atención gratuita”, que las coloca en una posición de no poder reclamar. Cuando se comienza a debatir sobre la salud como un derecho humano y las obligaciones correlativas que el ejercicio de este derecho implicaba para el Estado, la actitud de las mujeres cambia.

Entendemos que la tarea más importante es “**desnaturalizar**” estas prácticas, mostrar cómo afectan el derecho a la salud de las mujeres, su dignidad y autoestima.

Vale aclarar, que quienes sí visibilizan situaciones violatorias del derecho a la salud y el trato respetuoso, advierten también los obstáculos que encuentran para denunciarlos: “*uno no puede defenderse porque tenemos que volver al mismo lugar*”.

Hemos decidido agrupar las experiencias compartidas por las mujeres de situaciones que, por sus similitudes y la reiteración con la que se presentan nos resultan paradigmáticas y las relacionamos con la vulneración a determinados derechos. Asimismo, dada la presencia de trabajadores de la salud en los seminarios y talleres, hemos podido recoger testimonios de casos vividos en sus prácticas.

Hemos dividido los testimonios por tipos de derechos. Estos son:

- *derecho a la intimidad;*

- *derecho a la información y toma de decisiones;*
- *derecho a no ser discriminada;*
- *derecho a no recibir trato cruel, inhumano y degradante.*

Esta clasificación se realiza a los fines de abordar una problemática compleja y con múltiples entrecruzamientos en la que se pone de manifiesto la interdependencia e indivisibilidad de los derechos. Esto significa que en cada experiencia vivida por las mujeres puede aparecer la vulneración de más de un derecho. La elección de clasificarlos en una o en otra categoría tiene por fin profundizar el análisis.

A su vez, como veremos, en cada caso aparecen múltiples variables a tener en cuenta. Así, la dimensión de género se encuentra atravesada por las diferencias socioeconómicas, pero también, por la pertenencia a pueblos indígenas, por la condición de migrante (en este caso especialmente a países limítrofes); por la edad, entre otros. Pero también, es necesario tener presente que los casos suceden en un contexto de funcionamiento deficiente del sistema sanitario público. En consecuencia, la realidad abordada tiene muchas aristas y la violación de los derechos humanos que aquí se muestra responde a circunstancias de índole cultural, social, económica, nacionalidad, pertenencia étnica, otras.

Derecho a la Intimidad

Es el derecho a mantener los sentimientos, comportamientos, datos personales, relaciones, salud, correo, comunicaciones en el ámbito privado, libre de injerencias extrañas. Para su implementación requiere asegurar el mayor grado de privacidad visual y auditiva posible.

La vulneración de este derecho aparece frecuentemente en la intromisión no consentida, en la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales de las mujeres.

A partir del análisis de los diferentes relatos de las mujeres, podemos ver que la exposición del cuerpo y, en especial, de los órganos genitales a médicas/os, residentes, pasantes y otras personas, es una situación que se repite en diversas intervenciones, especialmente en el parto y en la consulta ginecológica. Esta modalidad pareciera deberse a varias circunstancias. Por un lado, hay

condicionamientos que provienen del diseño y límites espaciales y de disponibilidad de recursos, por ejemplo, en algunas salas de parto no hay privacidad ya que hay varias camas y se atienden simultáneamente a más de una mujer.

Otra razón tiene que ver con el funcionamiento del sistema de formación de estudiantes de grado y postgrado de las carreras de medicina y enfermería. No obstante, si bien reconocemos la existencia de estos factores que irían más allá de los posicionamientos individuales del personal de salud, consideramos que estas modalidades de funcionamiento sumadas a actitudes concretas de desaprensión e indiferencia hacia la intimidad del cuerpo de la mujer, son lesivas de los derechos humanos.

- *“me metieron mano, más o menos 13 estudiantes, sentí vergüenza, bronca, me tapaba la cara con la sábana para que no me miraran”* (Reporte DDHH, Rosario, 2003¹³).

- *“La revisa un tocoginecólogo conjuntamente con varios residentes. El especialista primero le hace tacto vaginal y luego se lo practican 4 residentes más. Había también otro grupo de residentes que observaban,... en el momento de la revisión del tocoginecólogo y los residentes se sintió sola, tratada como un instrumento...”* (Granadero Baigorria, 2003).

- *“...todos le metían el dedo en la herida y unos, explicaban a otros, cómo hacer para cerrar la herida, parecía que me estudiaban como un fenómeno”* (Rosario, 2003).

- *Una mujer de 75 años que había tenido 6 hijos en su casa en el campo, tenía molestias en la vagina pero se resistía a ir al hospital. Le diagnosticaron cáncer de vagina. Cuando la llevan a uno de los controles la atiende un médico junto con 7 alumnos* (Rosario, 2003).

- *R. dice haber sentido que “estaba en una vidriera”. Agrega que llegaron unos alumnos, aproximadamente 3 por cama, según escuchó decir al profesor. “Yo estaba desnuda, me destapaban y ellos hablaban en grupo”* (Rosario, 2003).

En estos testimonios se advierte un avasallamiento del derecho a la intimidad de las mujeres, quienes no recibieron ninguna explicación ni fueron consultadas sobre si estaban de acuerdo con ser revisadas por otras o varias personas. Quienes han

¹³ Los testimonios reproducidos del Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en los hospitales públicos. Con todo al aire, en adelante serán citados en su año de publicación: Rosario, 2003.

atravesado algunas de estas situaciones expresan que se han sentido humilladas y avergonzadas. La intromisión y la revisión masiva, la exposición indiscriminada de su cuerpo y de sus órganos genitales, les genera sentimientos de bronca, angustia e incomodidad. Algunas manifiestan no tener la posibilidad de negarse a dichas prácticas, porque nadie las consulta, ni pueden elegir. Por otro lado, habría que pensar qué posibilidades subjetivas tendrían de manifestar su desacuerdo, en caso que fueran informadas y consultadas ya que, en general, se entabla una relación de poder asimétrica entre el personal de salud y quienes requieren de asistencia en instituciones públicas de salud.

En todos los casos debería brindarse previamente la información sobre la práctica que se necesita realizar, en lenguaje claro y accesible, luego preguntar si está de acuerdo, es decir si consiente la práctica. En caso de negativa, la misma debe respetarse. Mientras que en el caso de consentir, se deben adoptar todos los recaudos que garanticen la realización de la práctica con el menor avasallamiento e intromisión posible en el cuerpo e intimidad de las personas.

El derecho a la intimidad se considera desde dos aspectos: como un límite a la injerencia externa y como una libertad que permite tomar decisiones que conciernen a la vida privada. En los fragmentos transcritos se encuentran vulnerados ambos aspectos al verificarse una intromisión no consentida en el cuerpo de la mujer, quien ve coartada su posibilidad de decidir en un aspecto tan íntimo como lo es el exhibir su cuerpo, sus órganos genitales, someterse a tactos vaginales, etc.

En nuestro país diversos hospitales, maternidades y centros de salud tienen asignada la función formativa de estudiantes, pasantes y residentes. En virtud de lo señalado, entendemos que es de vital importancia que, en la actividad formativa no deje de tenerse en cuenta que se deben garantizar plenamente el respeto de los derechos, fundamentalmente el de la intimidad o privacidad y la integridad personal, como así también la toma de decisiones informada¹⁴.

En los testimonios recientes, actualizamos el derecho a la intimidad en diversas situaciones:

- Se había realizado un análisis en el centro de salud del cual es vecina. Un personal administrativo en la puerta del centro, en voz alta, me dice: *“le dio positivo el análisis de sífilis”*. Me sentí avergonzada, aunque desconocía a que se refería. Volví al centro en otro momento y me comunicaron que se confundieron de informe, sin más explicaciones (Rosario, 2008). www.insgenar.org.ar/observatorio

¹⁴ Preferimos el término “toma de decisiones informada” a otros similares, porque deja abierta la posibilidad de la persona que es atendida de negarse a la práctica, dudar, retirarse, o consentirla. La expresión “Consentimiento informado”, en cambio, da por sentado que luego de la información la persona va a consentir la práctica médica, dejando fuera la posibilidad del disenso o la suspensión de la misma.

-” *Me tocó muy cerca un tema de colocación de DIU que fue realizada en el hospital delante de varios estudiantes para ver el procedimiento del mismo”* (Resistencia, 2008).

-”*Acompañé a una vecina ya mayor a la consulta ginecológica y escuché que el médico después de revisarla, le dijo a otros colegas y estudiantes: vengan a ver una especie en extinción, una mujer virgen. Mi vecina no regresó más al médico* (Resistencia, 2008).

En este relato último vemos como la violación al derecho a la intimidad puede estar acompañada por un trato humillante. La burla, la descalificación, desvalorización de la palabra de la mujer y su dolencia, no pocas veces aparecen en la vulneración del derecho a la intimidad.

- *Una paciente llega a una consulta ginecológica (por derivación) y éste la remite al servicio de salud mental con un grito: “lo que a vos te pasa es que estás vieja y quejosa, andá al psicólogo”* (Posadas, 2008).

Derecho a la Información y a la Toma de Decisiones

Significa el derecho a recibir por parte de las/os trabajadoras de la salud, información veraz, adecuada y completa, tanto sobre el estado de salud de la persona que consulta como de las prácticas propuestas para revertir los problemas. La explicación debe ser dada en forma clara y en el idioma de la mujer (especialmente cuando no habla español); con el tiempo necesario para realizar las preguntas y comprobar que se entendió el mensaje. Tratándose de salud sexual y reproductiva, este derecho le compete también a las y los adolescentes, que deben contar con asesoramiento confidencial, amigable y oportuno.

El derecho a la información supone también el respeto por la decisión de la mujer, libre de presiones, de actitudes paternalistas y de juicios valorativos basados en las creencias del profesional.

Este aspecto es un punto fundamental en el ejercicio de los derechos, dado que hay mayor consenso en admitir los derechos sexuales y reproductivos en abstracto que reconocer a quienes son titulares de esos derechos. En otras palabras, el proceso de ir ampliando el marco de los derechos, especialmente en el área de los sexuales y reproductivos como derechos humanos, no ha ido siempre de la mano de reconocer a las mujeres como titulares de los mismos o sea con capacidad para ejercerlos a

partir de sus propias decisiones (Rostagnol-Viera, 2006).

Una vez más nos encontramos frente a las concepciones paternalistas que ubican a las mujeres en condición de menores, destinadas al tutelaje, en este caso del saber médico. A la desvalorización o invalidación de la palabra de la mujer, de su conocimiento o creencias sobre su propia salud, le sigue la imposibilidad de respetar las decisiones que involucren su cuerpo, salud o proyecto de vida.

En el terreno de la salud sexual y reproductiva, la elección de un determinado método anticonceptivo o la decisión de realizarse una práctica quirúrgica de anticoncepción, por ejemplo, puede poner en evidencia cómo no respetar las decisiones informadas, afecta de manera particular a las mujeres. Existe resistencia por parte de algunos/as médicos/as a respetar las decisiones de sus pacientes -tanto varones como mujeres- en diversos aspectos de la salud. En el campo de la salud sexual y reproductiva esto compromete de manera diferente el futuro de las mujeres, ya que sobre sus cuerpos, necesidades y proyectos de vida, históricamente han decidido otros.

Tanto en el marco de la investigación como en las presentaciones del Observatorio, hemos escuchado situaciones donde se ponen de manifiesto la vulneración al derecho a la información y toma de decisiones. No pocas veces se realizan prácticas sin previa consulta, sin que se haya brindado la información sobre el estado de salud ni de las intervenciones que serían necesarias realizar, en consecuencia, sin la posibilidad de que la mujer de ser posible, pueda considerar cuál es la alternativa que prefiere.

Resulta interesante analizar el derecho a la información y decisión de las mujeres, en el tema de la ligadura tubaria. Mientras no hubo ley, dicha práctica formó parte de la decisión médica en casos de “necesidad” para su salud, por lo tanto, desde la legitimidad del saber/poder médico se realizaba esta práctica y no pocas veces las mujeres desconocían en detalle las razones y aspectos de las mismas: “*Firmá acá*”, “*te tengo que ligar las trompas*” son expresiones que lo atestiguan y se recogen en nuestros testimonios.

- “*Cuando la atienden dos cirujanos le dijeron que no podía tener más hijos... que si tenía más, le iban a nacer muertos. En esa situación, le proponen practicarle una ligadura de trompas... Antes de hacerle la cesárea, ella se sentía desvanecida, mal y un enfermero le hace firmar una planilla. Le dice “tenés que firmar acá” ...por el estado en que se encontraba no pudo preguntar qué decía la planilla así como tampoco si le habían ligado las trompas ... tampoco le leyeron lo que le hicieron firmar, sólo le dijeron que tenía que firmar*” (Rosario, 2003).

Desde el año 2006¹⁵, la ligadura tubaria -como la vasectomía- forman parte de los derechos de las personas a partir de la sanción de la ley nacional N° 26.130. Este nuevo escenario, significó que las mujeres puedan solicitar la práctica sin consultar a nadie, dependiendo sólo de su decisión personal. Esta situación suele encontrar resistencia en los equipos de salud, que ahora ven restringido su poder frente al aumento de la capacidad de decisión de las mujeres.

No escuchar y/o invalidar la palabra de las mujeres, intentar obstaculizar con argumentos como la excesiva juventud, la cantidad de hijos, el consentimiento de la pareja -situaciones que no son factores condicionantes para la ley-, son algunos de los mecanismos que se utilizan para limitar el ejercicio de un derecho que evidentemente era patrimonio del poder médico.

La falta de información, como la falta de reconocimiento de las mujeres como personas con el derecho y la capacidad para tomar sus propias decisiones con relación a su cuerpo, su sexualidad, número de hijos/as, se recogen en diferentes testimonios:

- *“El médico decide, delante de la paciente y sin consultarla, fecha de operación y sin explicarle qué es lo que le estaba pasando y tampoco de informarla si había otras posibilidades distintas a la operación que consistió en una histerectomía”* (Granadero Baigorria, 2003).

- *“En el primer embarazo cuando estaba de 5 meses comenzó con contracciones, fue a la guardia del hospital. No la atendían, sin revisarla le decían que tenía que esperar, como no aguantaba y estaba muy asustada la llevaron sus familiares al Hospital de Villa Gobernador Gálvez, la internaron y perdió el embarazo, de allí la llevaron a otro Hospital de la ciudad de Rosario para hacerle un legrado. En ningún lugar le dieron explicaciones claras sobre lo que le había ocurrido. “Hasta el día de hoy, no sé realmente que me pasó”* (Rosario, 2003).

La falta de información y la edad, se combinan en experiencias que suelen ser traumáticas y que marcan su futuro para algunas mujeres:

- *“Personalmente a mí me ocurrió que cuando fui a tener a mi primer y único hijo no tuve la información necesaria a la hora del parto, no supe cómo hacer “el puje” que dicen los doctores, a la hora de las contracciones en vez de hacerlo en mi vientre lo hacía en mi cuello y esto enojó mucho al médico que me estaba atendiendo y me retaba y me decía “si supiste hacer un bebé como no vas a saber hacer fuerza” y esto me marcó mucho y es hoy por hoy con 29 años que no sé si*

¹⁵En la provincia de Santa Fe contamos con una legislación anterior: Ley 12.323 de Anticoncepción Quirúrgica, sanción 24 de mayo, publicación B.O. 3 de junio 2005.

quiero tener otro hijo porque no quiero volver a pasar por lo mismo” (Posadas 2008).

Las dificultades que surgen al no recibir información en el idioma de la mujer fue un problema que sólo pudimos registrar a partir de la participación de quienes pudieron expresar sus experiencias de manera personal en los seminarios provinciales.

La posibilidad de escuchar a mujeres wichí en la jornada realizada en la ciudad de Formosa 2008, puso de manifiesto que el derecho a la información de manera veraz, completa y en lenguaje que resulte comprensivo, suele ser vulnerado para algunas comunidades de los pueblos originarios. Las mujeres nos relataron que cuando se acude al médico, debido a que no hablan español, necesitan quien les haga de traductora. A veces, quienes pueden hacerlo están ocupadas, por lo que la paciente se encuentra expuesta a no poder explicar el motivo de la consulta. En estas situaciones, sumado “al apuro” (traducido en poca paciencia) por parte de las/los médicos, han escuchado que se les dice: *“Hable ahora o calle para siempre”*. Esta expresión permite ver una situación compleja donde no sólo se vulnera el derecho a recibir información, sino también a ser respetada, a no ser discriminada, ni recibir malos tratos.

Por último, en el derecho a la información y toma de decisiones, hay una dimensión que suele soslayarse y que hace al derecho **a que se respeten los saberes y percepciones de las mujeres**. Esto implica el respeto por el cuerpo, los temores, las necesidades de las mujeres, como así también el respeto por el conocimiento que tiene cada mujer de su propio cuerpo y de los saberes provenientes de la cultura de los pueblos originarios.

La desvalorización de la palabra, el saber y las experiencias aparecen recurrentemente en las consultas. Minimizar, relativizar o descreer del conocimiento de la mujer sobre su situación o dolencia es una respuesta cotidiana en la atención.

-”Concurro a una consulta ginecológica y desde el primer momento el médico tiene una actitud de ignorarme. Sigue leyendo y escribiendo por varios minutos aunque ingresé al consultorio y me senté. No se disculpa por la falta de atención. Mientras me realiza el examen mamario, el médico deja pasar a una administrativa, sin pedir permiso. Por último, le planteo que una mama es de mayor tamaño que la otra, y me niega este dato. Debido a mi insistencia, solicita los estudios pertinentes. En la próxima consulta cuando llevo los resultados, el médico al mirarlos me dice “¡al final tenías razón!”. (Rosario,2003).
www.insgenar.org.ar/observatorio

- *“Cursando mi embarazo concurro al hospital porque tengo fiebre y esto es un dato importante. En el efector me mandan de vuelta sin darme una respuesta satisfactoria. Al llegar a casa comienzo con convulsiones por lo cual vuelvo al mismo hospital. La profesional que me recibe dice: - ¡ay tenías razón!”.* (Rosario, 2005). www.insgenar.org.ar/observatorio

Entendemos que la falta de reconocimiento de las mujeres como sujetas de derecho, denota la existencia de creencias y prejuicios referidos a las mujeres, su cuerpo, su salud, sus decisiones. Estas concepciones están sostenidas fuertemente por una cultura patriarcal que ha significado la construcción de un saber sobre los cuerpos a los que no se le ha reconocido autonomía, sino que se han constituido en campo de medicalización y control especialmente en lo que se refiere a la salud sexual y reproductiva.

Derecho a No sufrir Discriminación

Se entiende por discriminación contra la mujer toda *“distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de igualdad del hombre y la mujer en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”*¹⁶

Además de la discriminación sexual, por el hecho de ser mujeres, la edad, (tanto si es poca como si es mucha, adolescentes o mujeres mayores), condición socioeconómica, etnia, orientación sexual, nacionalidad, o aspecto físico, son ejemplos de otras variables de discriminación que configuran en algunos casos la figura de la Discriminación Múltiple.

Las realidades abordadas en este trabajo afectan exclusivamente a las mujeres ya que son éstas las que se embarazan, van a parir, efectúan consultas ginecológicas, se realizan abortos y sufren sus consecuencias. Ello significa que la vulneración de los derechos humanos señalados, en el ámbito de la asistencia pública de los servicios de salud sexual y reproductiva tiene un fuerte sesgo de género, ya que los varones no quedan involucrados en ninguna de las prácticas mencionadas. Es más, en los casos de abortos sólo las mujeres aparecen culpabilizadas cuando la concepción sólo es posible por la participación de un hombre y una mujer. Tengamos presente

¹⁶ Naciones Unidas. Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer, art.1.

que, en algunas ocasiones, los embarazos son consecuencia de relaciones eventuales y los varones toman una actitud de desentendimiento respecto del mismo. Por otro lado, algunos embarazos son consecuencia de abusos sexuales, lo que denotaría mayor gravedad en cuanto a las situaciones de vulneración de los derechos humanos.

La **condición socioeconómica**, ocupa un lugar central entre los componentes que agravan la discriminación por género. Las mujeres que concurren a los servicios públicos de salud reproductiva, carecen del beneficio de una obra social o bien, no pueden abonar un servicio privado. Esto no significa que descartemos la posibilidad de vulneración de derechos en estos espacios, pero sí es cierto que las mujeres involucradas en nuestra investigación no pueden optar entre un centro asistencial y otro o, entre un personal de salud u otro.

Entendemos que, cuando hay un trato desigual, no justificado, que menoscaba o humilla a quien lo recibe, aunque no haya intencionalidad, se está ejerciendo un trato discriminatorio.

En cuanto a la **Orientación Sexual**, la Campaña Nacional “*Cambiamos las preguntas - Por una atención digna de las lesbianas en los sistemas de salud*”¹⁷, se propone informar y concientizar a los/las profesionales de salud acerca de la realidad lésbica específicamente en el ámbito de la atención ginecológica. La misma surge de la necesidad de romper con la presunción heterosexual que impone el cuestionario médico ginecológico a la hora de la consulta sin reconocer la posibilidad de la práctica sexual lésbica. En la mayoría de los casos, las/os ginecólogos abordan la consulta con preguntas heterosexistas que clausuran la posibilidad de quienes asisten a informar sobre las prácticas lésbicas y menos todavía que puedan solicitar información específica con relación a cuidados y prevención de infecciones.

Se pretende informar a las/los profesionales sobre la realidad lesbiana y sobre los métodos de prevención de enfermedades, con el objetivo de posibilitar que la consulta ginecológica sea un espacio donde cualquier mujer, sea lesbiana, bisexual o heterosexual, pueda expresar con libertad su práctica sexual, sintiéndose cómodas y no discriminadas.

A partir de tomar conocimiento de esta campaña, hemos difundido la misma en todas nuestras presentaciones. Creemos que es una forma de ejemplificar como los supuestos de que “todas las mujeres son heterosexuales o todas quieren ser madres”, impregnan las concepciones y prácticas médicas, con las consecuencias que esto

¹⁷Desde Espartiles -Espacio de Articulación Lésbica (Argentina)- se lanza esta campaña en mayo

2006. <http://www.rimaweb.com.ar/safopiensa/campania-espartiles.html>

conlleva. Entre los efectos más importantes se observa la invisibilización de las mujeres lesbianas y coartar la posibilidad de acceder a información importante para su salud.

En cuanto **a la edad**, las mujeres que asisten a nuestras jornadas dieron cuenta de situaciones en la que la edad ha significado un factor de discriminación:

- *“Llegada la fecha de parto fui varias veces al hospital y me mandaban de vuelta a mi casa. Recién cuando fui con mi mamá me atendieron y fue el día que nació mi beba”* (Postgrado Violencia contra las mujeres-UNM- Posadas 2008).

- *“Generalmente a las adolescentes que están usando algún método anticonceptivo se les dice frases como: “tan chiquita”, “yo a tu edad ni pensaba en esto”, “¿y vos, por qué te estás cuidando?”* (Resistencia 2008).

- *“Mi nieta (16 años) tiene su hijo, quien va a neonatología por ictericia. Mientras tanto la madre queda sola y no la podíamos ver. A la familia nos entregan ropa con sangre y frente a la pregunta sobre su estado, nos dicen que está todo bien. Pero no nos facilitan la visita ni vemos que ella sale a caminar como el resto, ante la insistencia por saber, la abuela puede acceder a verla. Observa que presenta una situación de desgarro en la vulva (diagnóstico que le dijeron, después de preguntar reiteradamente). Además, se produce la visita de varios profesionales y residentes que le consultan –a mi nieta- si pueden tomar fotos con sus celulares, porque era una situación muy especial. Mientras que a mí me dijeron que el diagnóstico era muy común, pero hubo días de internación con suero”* (Rosario, 2008).

En este último relato vemos además las situaciones que pueden darse en torno al derecho a la intimidad. ¿Qué posibilidades tiene esta joven de 16 años, después de vivir una situación tan especial, de impedir que le saquen fotos?.

En cuanto a la **Condición Social, Étnica o de Nacionalidad**:

Un médico neonatólogo nos relata un tipo de discriminación que se realiza con las mujeres de origen boliviano que se atienden en la maternidad, particularmente quienes no hablan español. Ha visto como el trabajo de parto y el alumbramiento, se desarrolla en un total silencio por parte del personal que la asiste, debido a que nadie establece comunicación bajo el supuesto: “no entiende nada”. El siempre tiene palabras y gestos de acompañamiento y contención, pero es una excepción (Mendoza 2006).

Situaciones de discriminación semejantes han sido expuestas durante las jornadas

en La Plata (2008) y en Misiones (2008) pero con referencia a las mujeres de nacionalidad paraguaya.

Derecho a No recibir Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes

La insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes, son algunos de los múltiples ejemplos que dan cuenta de los malos tratos que a veces reciben las mujeres. En momentos como el parto o la consulta ginecológica, revisten mayor crueldad dado el estado de vulnerabilidad de las mujeres en dichas situaciones. Estos malos tratos pueden llegar a ser considerados una forma de tortura como es el caso del legrado o raspaje sin anestesia, en los abortos provocados que recurren a la asistencia médica.

Podemos decir que existen una continuidad de estos tratos pero que revisten diferentes grados, que van desde el menoscabo y falta de respeto a la dignidad de la mujer, tratarla como una “menor” (infantilizarla), hasta la existencia de tratos inhumanos y degradantes que pueden llegar a la tortura, relacionados especialmente con circunstancias de aborto provocado.

La Infantilización: ¡Pórtate bien!

Una de las formas naturalizadas de malos tratos es la infantilización de las mujeres. Expresiones como “*mamita*”, “*gordita*”, “*pórtate bien nena*”, “*no seas ñañosa*”, ponen en evidencia una concepción cultural fuertemente arraigada que ubica a las mujeres en una situación de “minoridad”.

En el espacio de atención de su salud sexual y reproductiva, esto se expresa en un proceso que va desde nombrarla con diminutivos: “*mamita*” (hay quienes insisten que es una forma cariñosa, pero es por lo menos discriminatoria ya que no se trata a los varones como “*papitos*”), hasta el “*añiñamiento*”. Esto último, más peligroso, dado que puede avalar -en determinados momentos y contextos, ejemplo, el parto- la posibilidad de “*retar*”.

En los testimonios las mujeres relatan que les dijeron “*aguantá nena*”, “*pórtate bien*”; o bien se subestima su dolor al plantear que son “*ñañas de primeriza*”; se la considera quejosa y exagerada: “*no se grita acá*”; su sufrimiento es visto como injustificado; se lo descalifica y subestima. Al decir de Eva Giberti (1999), la exigencia de que las mujeres “*se porten bien durante el parto*”, “*hagan silencio como si fuesen niñas obedientes*”, es resultado de la apropiación del parto por parte de la medicina”.

Estos comentarios producen en las mujeres sensaciones de miedo, inferioridad y humillación.

- *“Cuando estaba en pre-parto me dejaron sola y no me atendían, decían que eran ñañas de primeriza, y yo estaba que no daba más... se reían y decían que era primeriza y que quería todo rápido, que ellos no podían hacer nada”* (Rosario, 2003).

- *“No te hagas la nenita de mamá”. “La doctora me retaba, me decía que me hacía la estúpida”* (Villa Gobernador Gálvez, 2003).

Los insultos, las humillaciones: “Si te gustó lo dulce...”

Resulta sorprendente que momentos tan importantes como el parto, no sólo en la vida de las mujeres que son madres, sino para la humanidad, se encuentren atravesados por diversas situaciones de violencia. Los malos tratos que se recogieron en la investigación, dan cuenta de ello:

- *“No sé para qué te quejas si es chiquito”*. Cuando estaba pariendo le dijeron que no gritara que eso no era una cancha y que no había ningún gol (Rosario, 2003).

- *“Si te gustó lo dulce ahora aguantá, aguantá nena”* (Rosario, 2003).

- *“Si te gustó aguantátela”* (Rosario, 2003).

En todas las presentaciones del Observatorio, frente a estos testimonios, las participantes manifiestan que han escuchado y/o padecido situaciones semejantes, confirmando de esta manera la extensión de los mismos. Esto nos remite a pensar la permanencia de concepciones que vinculan la sexualidad con el castigo en las mujeres, donde se develan una serie de prejuicios fuertemente arraigados y naturalizados en nuestra sociedad, a los cuales el personal de salud no escapa. Así circulan en el imaginario social, frases tales como “el sexo es para procrear”, “la mujer es madre ante todo”, o la frase bíblica “parirás con dolor”. Pareciera que el aguantar y soportar el dolor es el costo que debe pagar la mujer por el placer. Podríamos pensar dos cuestiones a partir de esto: la anulación de la humanidad de la mujer, en el sentido de que primero y ante todo es madre, por lo que debe cargar con todo su cuerpo el dolor físico del parto sin quejarse (abnegación, sacrificio, etc.) y, por otro, que el placer sexual sería algo censurable para las mujeres y que

no sería propio de la condición de mujer-madre, es decir, el sexo estaría pensado sólo para procrear.

Los siguientes testimonios de agresión verbal y psicológica revisten mayor crueldad, porque los hechos suceden en un momento tan significativo como es el parto, donde la mujer se encuentra con necesidad de recibir asistencia, contención y apoyo:

- *“El primer día después de la operación vinieron unas enfermeras y me dijeron que me tenía que lavar sola la herida. Yo les dije que no me animaba, que me daba impresión, y me dijeron: que impresión ni impresión, nenita, andá y hacé caso, lavate, que acá no se está para pedir nada”*. (Rosario, 2003).

- *“Tuve mi hijo a los 16 años. Fui atendida en la provincia de San Luis porque estaba de paso en esa provincia y tenía una infección urinaria con 7 meses de embarazo. Me dejaron sin posibilidades de comunicarme con un familiar ni con mi pareja, la soledad que sentí fue horrible! Además me revisaron todos los estudiantes que había. A mí la situación de soledad me marcó mucho, mi hijo tenía dos vueltas de cordón y decidieron hacer cesárea. Yo llamaba a mi marido y se reían y decían acá no hay nadie con ese nombre”*. (Posadas, 2008).

- *“Tenía 14 años, sin experiencia, sin mamá ni nadie que me acompañaba, me retaban y trataban muy mal:- gorda sentate, andá para allá, todo eran retos (lágrimas)”*. (Posadas 2008).

- *“Yo cuando fui a tener a mi primer bebé me pasó que un doctor me dejó hasta que más o menos me llegue la hora de mi parto, pero en ese momento yo estaba sentada en una silla y ni siquiera me preguntaron si yo me sentía mal y cuando vino mi marido y me miró y se dio cuenta que nadie me atendía, golpeó y le dijeron que yo no les había golpeado la puerta. Cuando me atendían ellos me dijeron “tendríamos que dejar que tenga afuera para que hable bien”*. (Posadas 2008).

Los malos tratos en el momento del parto no sólo son de índole verbal, hemos escuchado un relato de **agresión física**, en Santiago del Estero, 2007:

- la mujer durante el trabajo de expulsión, recibió un “cachetazo”, la profesional se excusó diciendo al resto *“es para que se ubique y deje de gritar”*.

Sin embargo, estos tratos humillantes también existen en otras circunstancias en el contexto de la consulta ginecológica:

- *“Fui hacerme una colposcopia y el doctor me dice “sacate la ropa, qué ¿tenés*

vergüenza?, para abrirte no tenías”. Me costó mucho volver a hacerme revisar otra vez. Después de unos años me fui al hospital y me ocurrió lo mismo. Creo que los doctores deberían tener un trato más cordial con las pacientes”. (Resistencia 2008).

-”Si te hacés atender aquí es porque yo soy la doctora, pero si vos sabés, quedate en tu casa y atendete sola”. (Rosario, 2003).

Entendemos que este último testimonio, puede ser analizado desde el derecho a la información y a la toma de decisiones, especialmente desde el respeto por el conocimiento de la mujer sobre su propio cuerpo. Sin embargo, hemos elegido traerlo aquí -en el derecho a no recibir malos tratos- , porque la expresión que utiliza la profesional es determinante en cuanto a la violencia que transmite. Rostagnol-Viera, plantean que *“dentro del poder médico existen zonas, donde preservar para sí la prerrogativa de decidir sobre aspectos relacionados a la salud de las usuarias es aceptado tanto por los efectores de salud como por usuarias”* (2006:4). En este caso, la usuaria, al traer la situación pone en duda que acepta con facilidad. La circunstancia y también la falta de posibilidades de elección están en la base para no poder dar otras respuestas.

Cuando la mujer es “sospechada” de haberse realizado un aborto

Esta es una situación que requiere un abordaje independiente por dos razones fundamentales, derivadas una de la otra. Las particularidades que presenta esta práctica se desprenden de la ilegalidad y penalización del aborto en nuestra legislación. Si bien muchas mujeres, cualquiera sea el sector social del que provengan, recurren al aborto, sólo las de escasos o nulos recursos económicos se ven forzadas a realizárselo en condiciones de gran precariedad e inseguridad. En consecuencia, si bien todas las prácticas abortivas no contempladas en las excepciones del Código Penal son clandestinas, la alta tasa de mortalidad por esta causa afecta a las mujeres que pertenecen a los sectores sociales con los que trabajamos y que concurren a los servicios públicos de salud.

Tal como se relata en la introducción, esta investigación tiene sus orígenes en la situación vivida por una joven al interrumpir su embarazo y que por ello recibe malos tratos por parte del personal de salud. A partir de este hecho y de otros testimonios vamos tomando conocimiento que, lejos de ser un caso aislado, se daría en estas situaciones una agudización del maltrato.

- *“R. tenía un embarazo de 28 semanas, cuando ingresa a la guardia por haberse pegado un tiro en el útero (...) debía permanecer en reposo en terapia intensiva dada la complejidad de la operación. “Cuando estaba durmiendo venían las mujeres que te cambian las sábanas y ni me llamaban. Ellas agarraban las sábanas y las sacudían.... pero conmigo encima. En ningún momento me dijeron ¿te podés levantar que vamos a cambiar las sábanas?... eran re brutas conmigo, me dolía un montón por la herida, parece que no se dieran cuenta”. “No me podía levantar para nada... me habían dado una chata para que la usara porque no podía ir al baño. No me podía mover porque me dolía todo y me estaba haciendo encima...pis, caca también. Y pasaban las de la limpieza, las enfermeras, y yo les pedía que me pongan la chata y me decían con un grito: ponétela solita, nena, levantate”. Refiere haberse sentido muy maltratada”. (Rosario, 2001) .*

La ilegalidad a la que se hizo referencia y el maltrato que a veces reciben cuando acuden a los servicios de atención, hacen que estas experiencias se encuentren silenciadas y resulte difícil hablar de ellas. El temor, el ocultamiento, la vergüenza, hicieron que resulte muy dificultoso hablar de los casos. Situaciones similares han sucedido en otras investigaciones que abordaron el tema. Sólo a través de la construcción de espacio de confianza, respeto y análisis desde los derechos de las mujeres, estos testimonios comienzan a compartirse.

El siguiente testimonio pone en evidencia que no se trata de mitos, hay experiencias que atestiguan la violencia que se descarga contra las mujeres que se realizan abortos, desde nuestra perspectiva son casos de tortura:

- *“Si saben que te hiciste un aborto te hacen el raspaje en carne viva”. (Villa Gobernador Gálvez, 2003).*

La existencia de esta práctica fue confirmada también por trabajadores de la salud, señalando que se llevaba a cabo en un efector de salud de Santiago del Estero a mediados del 2007. Si bien no tenemos un registro de alcance regional de esta práctica, podemos decir que en las presentaciones del Observatorio, este testimonio no resultaba desconocido ni sorprendente para las y los asistentes.

¿Qué te hiciste? , ¿Qué te pusiste?

Estas preguntas abordan una realidad que ha sido compartida en muchos testimonios que también fueron actualizadas en las presentaciones que se hicieron en las distintas

provincias. Todas confirman el carácter amenazante de este interrogatorio:

- *“A. comenta que acompañó a la pareja de su hijo, a la Maternidad. R. tenía 18 años y un embarazo de 5 meses, como estaba con mucha pérdida de sangre y estábamos muy asustados la llevamos. “Cuando llegamos, uno va tan jugado y lo primero que le dicen, ¿no te hiciste nada? ¿te pusiste algo? te amenazan. Tenés que pelear para que te atiendan y cuando te atienden te amenazan”.* (Rosario, 2003).

- *“Me llevaron a la guardia de la Maternidad, sentada me manchaba toda, yo dije que me estaba desangrando, me hicieron subir al 1er. piso, vino una mujer con uniforme no se si era enfermera o médica, se ve que estaba de mal genio, porque de muy mal modo y mirándome de arriba abajo, preguntó ¿Quién es la que se está desangrando?, me hizo sentar y me informó que tenía que esperar. Después de 1(una) hora de esperar sola en una salita sentada en un banco toda mojada, bajé a buscar a mis familiares y me llevaron a otro Hospital de la ciudad”.* (Rosario, 2003).

- *“M. fue al hospital porque estaba embarazada y tenía mucha pérdida de sangre, “me trataron mal, no son humanos, me hablaban como si fuera una asesina, se miraban entre ellos y me apuraban”. Me obligaron para que en ese momento me hiciera un análisis de VIH. Estuve todo el día con suero, después me llevaron para hacerme un legrado...”.* (Rosario, 2003).

- *G. comenzó con hemorragias cuando cursaba las 16 semanas de su embarazo. Como la pérdida de sangre era muy abundante y no podía caminar un familiar la llevó en brazos hasta la guardia del servicio de obstetricia... Golpeó insistentemente porque pensaba que se desmayaba en la sala de espera y no la atendían. Cuando ingresó al servicio, la profesional que la recibe le dice a otra médica, “podes creer un aborto a las 3hs. de la mañana”, “escuchá lo que dice la Srta., encima es negativa”...” si te vas tenemos que llamar a la policía” .* (Rosario, 2003).

- *“¿Qué hiciste, te pusiste algo, te inyectaste algo??”. “No me dejaba hablar, ni explicarle que hacía poco que yo había tenido un bebé”. La partera seguía insistiendo: “A ver, a ver, estabas embarazada vos?...” y cuando le quise explicar lo que me estaba pasando, me dijo re mal: Ya estoy muy cansada, a ver, a ver, abrite de piernas que te voy a revisar “ L. dice haberse sentido muy mal y muy dolorida y que a la médica no le importaba: “al contrario, me seguía diciendo cosas y le decía a una estudiante, mirá generalmente estos casos vienen así,*

que no saben que les pasó. Y ahí aproveché y le dije que hacía cuatro meses había tenido un bebé acá, y me dice: ¡¿Cómo que tuviste un bebé?!. Y después de ahí, ya me trató normal”. ...L. también refiere que cuando estuvo internada por su parto en la sala, en la noche “entró una chica que se había hecho un aborto...y la trataron re mal” y le decían “se abren de piernas... y después mirá”. “Eso me lo acuerdo porque no me lo pude olvidar más. Y la trataban mal. Me acuerdo que la dejaban que estaba redolorida y pedía por favor un calmante. Y pasaban por al lado y...le decían: “no querida, ahora aguántatela, mamá. Mirá, ahora vienen acá y quieren que no les duela”. (Rosario, 2003)

Pocas mujeres pueden defenderse del carácter amenazante del interrogatorio. El siguiente relato, da cuenta del empoderamiento de la mujer que defiende a su hija de situaciones similares:

- “Mi hija fue llevada al hospital por su hermana porque comenzó con hemorragia. Cuando llega al hospital ya se había producido el aborto, la recibe la guardia y le dicen a mi nena mayor “decime que se hizo tu hermana o no la vamos a atender y la vamos a dejar morir”. Mi hija me llama y me cuenta. Aparezco en el hospital y le dije a la doctora “usted por qué se negó a atender a mi hija y exigió que la otra diga que se hizo un aborto?, vos estás para salvar vida, vos tenés que atenderla y después, si el derecho te asiste, hace preguntas Prostituta! Entonces me dijo: “por qué me faltas el respeto?” y le dije: “vos tratas a mi hija de asesina y yo te digo prostituta, ley pareja nadie se queja”. (Resistencia 2008)

Las mujeres que ingresan a los hospitales públicos con consecuencias de abortos inseguros, o con síntomas que generen tal sospecha por parte del personal de salud, se encuentran en una situación de gran vulnerabilidad. La penalización de esta práctica, tanto en lo formal -tipificada como delito en el Código Penal- como en lo social -por la carga de condena moral y religiosa que genera-, coloca a las mujeres en la mortífera disyuntiva de salvar su vida a riesgo de ser denunciadas, amenazadas o maltratadas. Tanto la amenaza, como el tratar como asesina a una persona necesitada de asistencia en su salud, o propinarle un trato despectivo constituye, tratos crueles, inhumanos y degradantes.

Esta percepción de la agudización del maltrato que se desprende de los testimonios, es planteada también en la investigación realizada por el CEDES¹⁸. La misma se guió por la hipótesis de que “...el aborto genera un alto grado de rechazo entre los

¹⁸ Ramos Silvina, et.al. Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. Una transición ideológica? CEDES, Buenos Aires, Argentina, octubre 2001. esta idea es sostenida asimismo, en trabajos similares anteriores citados en esta obra, por ejemplo, Ramos y Viladrich, 1993; González, 1995; Zubieta, 1996.

médicas/os de establecimientos públicos porque la atención de sus complicaciones representa una situación en la que, en general, se subvierten las expectativas que orientan la relación entre los médicos/as y los/as pacientes, y porque, de acuerdo con el perfil y las metas de los servicios, el aborto es percibido como un problema que desvía recursos asignados a otros fines y funciones”¹⁹.

Este trabajo identifica dos nudos críticos en relación al aborto:

1- Que, a consecuencia de la penalización, la realización del mismo en la clandestinidad y en condiciones inseguras pone en riesgo la salud y, en algunos casos, la vida de las mujeres, recayendo el impacto de esta situación, principalmente, en las mujeres pobres y sus familias.

2- Esta característica de ilegalidad y clandestinidad condiciona fuertemente el proceso asistencial de las mujeres asistidas por complicaciones de aborto. No sólo que la calidad de atención se resiente sino que las mujeres padecen la violencia institucional (denuncia policial y maltrato)²⁰.

Tal como nos ha sido corroborado por varios/as trabajadores/as de los servicios públicos de salud reproductiva, la denuncia policial a las mujeres que eran sospechadas de haberse practicado un aborto era una práctica bastante extendida y que se realizaba hasta hace poco tiempo atrás. Al parecer esta conducta se habría modificado por varias razones: internas de cada servicio y, también, motivada en muchos casos, por las molestias que sentían los profesionales ya que luego tenían que concurrir a declarar a tribunales²¹.

Todo lo descripto vulnera, entre otros, el derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes, el derecho a no ser discriminada por razones de sexo y por posición socioeconómica, el derecho a la salud, a la vida, el derecho a la intimidad en caso de denuncia por vulnerarse el deber de guardar el secreto profesional.

En los casos de abortos los malos tratos revisten una crueldad mayor. En palabras de una trabajadora de la salud:

- “Se vulneran a menudo los derechos de las mujeres, especialmente cuando ingresan con hemorragia genital a la guardia, ahí no se pregunta, se enjuicia aun cuando se trata de abortos espontáneos.” (Resistencia 2008).

²¹ Este personal de salud entrevistado agregó que “además, había una impresión, desde los médicos, que nunca se sancionaba a quienes realizaban los abortos y que, en la actualidad, únicamente se denuncian aquellos casos en los que existe un daño muy severo y que resulta evidente que el mismo es producto de un aborto provocado”.

IV. El marco de los derechos humanos. Los tratos crueles, inhumanos y degradantes a mujeres en los servicios de salud sexual y reproductiva

IV.1. El marco de los derechos humanos.

Para entender el concepto de derecho a la salud y cómo se debe garantizar su acceso, goce y permanencia en el mismo, partimos de entender a los derechos humanos desde una concepción integral. Es decir, todos los derechos humanos están interrelacionados y son interdependientes. Así, *“el derecho a la vida no es posible sin garantizar el derecho humano a la salud física y mental, la salud no es posible sin el acceso a los alimentos y al agua potable, el derecho humano a los alimentos implica respetar las prácticas culturales, el cierre de hospitales públicos afecta la salud de los excluidos del régimen contributivo y subsidiado, y se afectan los derechos laborales de los trabajadores de la salud”*²².

Se han producido avances en la concepción de que los DDHH constituyen un todo que posibilita la libertad de las personas en condiciones dignas, considerando a los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales como verdaderos derechos en condiciones de igualdad y que deben ser aplicados partiendo de la concepción de que son indivisibles e interdependientes. Así, la Conferencia Mundial de DDHH del año 1993²³, sostiene que *“todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí”*, por lo que se los debe tratar a todos en pie de igualdad. A su vez, afirma que, independientemente de las diferencias entre los Estados respecto de los sistemas políticos, económicos y culturales, éstos deben *“promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales”*. En este mismo sentido se expresó la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social²⁴ *“el desarrollo social y la justicia social no pueden alcanzarse si no hay paz y seguridad o si no se respetan todos los derechos humanos y las libertades fundamentales”*.

²² Gutiérrez, Soraya; Exigibilidad internacional de los derechos económicos, sociales y culturales. Ponencia presentada en el Seminario Taller Internacional Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Del 27 al 29 de Junio del 2002. Rosario, CLADEM.

²³ Esta Conferencia se llevó a cabo en Viena en el mes de junio de 1993.

²⁴ También la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, realizada en Copenhague, insiste en la indivisibilidad e interdependencia. Informe Preliminar A/CONF.166/9 19 de abril de 1995.

Por lo tanto, *el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.*

La Plataforma de Acción de Beijing²⁵, señala que *“la salud no es sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social”*.

Salud reproductiva

Según la Plataforma de Acción de Beijing y el Plan de Acción de El Cairo²⁶, los derechos reproductivos comprenden algunos derechos humanos que ya están reconocidos en la legislación nacional y en los documentos internacionales sobre derechos humanos.

La Plataforma de Beijing sostiene que *“esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello”*. También incluye y concibe como un derecho la posibilidad de adoptar las decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia. Los documentos mencionados sostienen que *“la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos”*. Se involucra el derecho del hombre y la mujer a obtener información y métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables para la regulación de la fecundidad y el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan embarazos y partos sin riesgos.

El Comité del PIDESC, en apartado a., párrafo 2 del art.12, ya citado, plantea, en relación a la salud reproductiva que la mujer y el hombre están en libertad para decidir si desean reproducirse, y en qué momento y tienen el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, así como el derecho de acceso a los pertinentes servicios de atención de la salud que, por ejemplo, permitirán a la mujer pasar sin peligros las etapas de embarazo y parto.

²⁵ Aprobada por la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, septiembre de 1995.

²⁶ Aprobado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, realizada en El Cairo, septiembre de 1994.

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en la Recomendación General N° 24 realizada sobre el art. 12 de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer²⁷ (CEDM), señala que *“el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención”*. Así, el art. 12 expresa que los Estados deben adoptar las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de garantizar en condiciones de igualdad entre mujeres y varones el acceso a los servicios de salud, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. Asimismo, se debe asegurar a las mujeres servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto.

Recientemente en nuestro país ha entrado en vigencia la Ley N° 25.673 que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable²⁸, cuyo primer objetivo es el de *“alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia”* (Art. 2 inc. a).

A nivel provincial, la Ley N° 11.888 de la Provincia de Santa Fe²⁹, crea el Programa de Procreación Responsable que establece entre los objetivos principales del mismo el promover la maternidad y paternidad responsables, a través de la planificación de los nacimientos favoreciendo espacios intergenésicos adecuados; garantizar a la población el acceso a información completa y veraz sobre los métodos de control de la fertilidad existentes, naturales o artificiales, asegurando la igualdad de oportunidades en el ejercicio de la libertad personal y capacitar al personal directa o indirectamente vinculado con el programa. Establece que el programa orientará sus acciones a los grupos sociales más desprotegidos y de riesgo (Art. 2).

Asimismo el Municipio de Rosario ha sido pionero en el dictado de la Ordenanza N° 62443³⁰, que crea el Programa de Procreación Responsable dentro del ámbito de la Secretaría de Salud Pública, incorporando posteriormente incluso la anticoncepción de emergencia dentro de los métodos a suministrarse.

²⁷ Esta Convención fue ratificada por la República Argentina por Ley 23.179 en el año 1985. El mencionado Comité en su 20° período de sesiones, emite la Recomendación General n° 24 al art.12 del Pacto, que versa sobre el derecho a la salud. A/54/38/Rev.1, cap. I, del 02/02/1999.

²⁸ Sancionada: 30 de Octubre de 2002.

²⁹ Sancionada, 18 de Octubre 2002.

³⁰ Sancionada: 09/1996

Con relación a la atención de la salud reproductiva, la Plataforma de Beijing, la define como “*el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva*”. Se incluye también la salud sexual.

En base a un informe realizado por el Fondo de Población de Naciones Unidas³¹ consideramos que **los derechos sexuales y reproductivos** incluyen:

- El derecho a la vida: la vida de las mujeres está en situación de mayor riesgo debido al embarazo.
- El derecho a la libertad y seguridad: implica la protección de los embarazos forzados, de las esterilizaciones o abortos impuestos por la falta de acceso a una anticoncepción eficaz. Este derecho incluye la libre determinación en cuestiones de la reproducción.
- El derecho a la información y educación sexual.
- El derecho a la atención y protección de la salud: el derecho a verse libre de prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud.
- El derecho a una sexualidad placentera y saludable, independiente de la reproducción, libre de violencia, abuso o acoso.
- El derecho a la vida privada y a la vida en familia, que abarca el derecho a adoptar decisiones autónomas y confidenciales con respecto a tener o no hijos y cuando tenerlos.
- El derecho a la no discriminación por motivos de sexo, de edad y orientación sexual.
- El derecho de hombres y mujeres a participar en la crianza de los hijos con iguales responsabilidades.

Entendemos que los derechos reproductivos deben ir acompañados de un conjunto de condiciones que hagan posible su disfrute y goce. En este sentido, consideramos que juegan un papel determinante los servicios de salud reproductiva. Respecto de éstos, las usuarias tienen derecho a:

³¹ Pobreza e inequidad de género. Salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe. FNUAP, Chile, 1998.

- Recibir una atención de salud accesible, oportuna, apropiada, digna, personalizada.
- Exigir privacidad.
- Recibir información veraz, oportuna, completa y en lenguaje claro
- Elegir habiendo recibido la información necesaria³².
- La toma de decisiones sobre aspectos relativos a su salud, su vida, su cuerpo, su sexualidad.
- Información y orientación para el ejercicio de una sexualidad libre, gratificante, responsable y no condicionada al embarazo.
- Ser tratada y atendida por los servicios de salud como un ser integral con necesidades específicas, de acuerdo a su edad, actividad, clase social, raza y lugar de procedencia.
- Recibir del personal de salud, un trato digno y respetuoso a su cuerpo, sus temores, sus necesidades de intimidad y privacidad.
- Una maternidad feliz, deseada, acompañada, libre, decidida y sin riesgos³³

Normativa relacionada con los Derechos Vulnerados

Es importante señalar que, con relación al uso de los servicios de salud reproductiva de los hospitales, la población específica que concurre a ellos es femenina. Esta circunstancia, sumada a la consideración de los primeros datos que hemos relevado en nuestra investigación, nos lleva a pensar en la existencia de prácticas naturalizadas y discriminatorias en razón del sexo.

La Ley N° 23.592 sobre actos discriminatorios, establece que se deben dejar sin efecto y cesar en la realización de actos discriminatorios teniendo en consideración el ejercicio sobre bases igualitarias de los derechos y garantías fundamentales

³²Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Por la Colectiva del libro de salud de las mujeres de Boston. Edit. Siete Cuentos, Nueva York, 2000.

³³Talleres educativos en salud y género. Programa de Atención Integral de la Mujer. Intendencia Municipal de Montevideo, Montevideo, Uruguay, 1998.

reconocidos en la Constitución Nacional³⁴. El Estado Argentino tiene la obligación de brindar un trato digno a todas las personas, no sólo por la ratificación de tratados, pactos y declaraciones internacionales, sino porque ello está contemplado en nuestra norma fundamental y en leyes de jerarquía inferior.

Las situaciones narradas por las propias mujeres dan cuenta de una serie de violaciones a sus derechos humanos, que iremos enunciando a continuación.

Derecho a la intimidad e integridad personal

Significa el derecho de toda persona a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

Este derecho está protegido por todos los instrumentos internacionales de Derechos Humanos. Así, por ejemplo, la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), en el art. 5 expresa que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral.

El respeto a la integridad personal implica que nadie puede ser lesionado o agredido físicamente, ni ser víctima de daños mentales o morales que le impidan conservar su estabilidad psicológica o emocional.

Existe un antecedente jurisprudencial importante en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Se reportó ante la Comisión, un caso donde se abordó la violación del derecho humano a la integridad por parte del Estado argentino. En el caso conocido como X e Y contra el Gobierno de Argentina, se denuncia que el Estado, y especialmente las autoridades penitenciarias del Gobierno Federal, en forma rutinaria habían efectuado revisiones vaginales a las mujeres que visitaban la Unidad N° 1 del Servicio Penitenciario Federal. Se alegó que violaban los derechos protegidos por la Convención, en especial, los incisos 2 y 3 del art. 5, que expresan el derecho de las personas al respeto por su integridad física, psíquica y moral y la prohibición de que nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles,

³⁴ Ley N° 23.592, art. 1: Quien arbitrariamente impida, obstruya, restrinja o de algún modo menoscabe el pleno ejercicio sobre bases igualitarias de los derechos y garantías fundamentales reconocidos en la Constitución nacional, será obligado, a pedido del damnificado, a dejar sin efecto el acto discriminatorio o cesar en su realización y a reparar el daño moral y material ocasionados. A los efectos del presente artículo se considerarán particularmente los actos u omisiones discriminatorios determinados por motivos tales como raza, religión, nacionalidad, ideología, opinión política o gremial, sexo, posición económica, condición social o caracteres físicos.

inhumanos y degradantes. La Comisión hizo lugar a la denuncia opinando que el Estado Argentino había vulnerado la integridad física y moral de X e Y con las inspecciones vaginales sistemáticas.

En junio de 1999 se presenta ante la Comisión Interamericana una denuncia contra la República del Perú por violación de los derechos a la vida, a la integridad personal y a la igualdad ante la ley, consagrados en pactos y convenciones internacionales de DDHH. La denuncia fue presentada por los familiares de la Sra. María Mamérita Mestanza Chávez, quien falleciera luego de haber sido sometida de manera forzada a un procedimiento quirúrgico de esterilización, dado que se logró bajo coacción su consentimiento para ser objeto de una operación de ligadura de trompas. Recientemente, se firmó un acuerdo de solución entre el Estado Peruano y los familiares, quedando reconocido que se cometieron atentados contra la libertad personal, la vida, el cuerpo y la salud, el derecho al libre consentimiento de la señora María Mamérita Mestanza Chávez, para que se sometiera a la ligadura de trompas³⁵. Por medio de la Resolución 66/00, de octubre de 2000, la CIDH declaró admisible la denuncia presentada y en octubre de 2002, se firmó el Acuerdo de Solución Amistosa donde el Estado peruano ha reconocido su responsabilidad por las violaciones a los derechos humanos. En este acuerdo el Estado se obligó a resarcir económicamente de diversas maneras a los familiares así como a realizar modificaciones en las prácticas de salud y en la legislación respectiva.

Derecho a estar libre de discriminación:

La CEDM, señala que la expresión “discriminación contra la mujer”, a los efectos de la Convención, denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

Con relación a la atención en la salud, la CEDM consagra la obligación de los Estados Partes de adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, y garantizar servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos³⁶(Art. 12.).

³⁵ En la provincia de Santa Fe contamos con una legislación anterior: Ley N° 12.323 de Anticoncepción Quirúrgica, sanción 24 de mayo, publicación B.O. 3 de junio 2005.

³⁶ EDM, art. 1, art. 12.

Las mujeres que concurren a los servicios públicos de salud reproductiva de estos hospitales, pertenecen a los sectores más pauperizados de las zonas abarcadas por la investigación, e incluso muchas de ellas viven por debajo de la línea de indigencia. No tienen margen, o si existe es muy estrecho, para elegir el profesional que las atienda o el efector de salud donde concurrir. Esta situación está, obviamente, vinculada a su condición socioeconómica, sumada a la creencia de que la gratuidad de los servicios en atención a la salud va asociada a la creencia de que se deben soportar o tolerar los tratos denigrantes o indignos.

La mayoría de las mujeres participantes de esta investigación hablaban de manera naturalizada respecto de esta forma de trato del personal de salud y de algunas prácticas. Si bien reconocían que se sentían mal y humilladas, consideraban que eso es habitual y que no pueden decir nada ni quejarse porque después tienen que volver al mismo lugar y encontrarse con el mismo personal. Esto marca una absoluta diferencia con quienes tienen la posibilidad económica, sea por gozar de una obra social o sin ella, de elegir y abonar los servicios en centros del sector privado y de la seguridad social.

El derecho a no sufrir discriminación por razón de género y posición socio económica, es un derecho humano fundamental, consagrado en todos los tratados internacionales incorporados con jerarquía constitucional en nuestro país.

La discriminación de cualquier índole, en cualquier ámbito y contra cualquier ser humano es inadmisibles y en caso de detectarse actos discriminatorios el Estado está obligado a hacerlos cesar en forma inmediata.

En las situaciones abordadas por esta investigación existe, al menos, una doble discriminación en virtud del género y de la pertenencia a un sector social y económico de las personas involucradas.

La Conferencia Mundial sobre DDHH de 1993 señaló su preocupación por las diversas formas de discriminación y violencia a las que siguen expuestas las mujeres en todo el mundo. Por su parte la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social de 1995, reconoció que “la igualdad y la equidad entre la mujer y el hombre constituye una prioridad para la comunidad internacional y, como tal, debe ser un elemento fundamental del desarrollo económico y social”. Señaló, además, que se debe promover el desarrollo social particularmente de las personas que viven en la pobreza, para que puedan ejercer sus derechos, utilizar los recursos, etc.

Las mujeres de los grupos sociales que gozan de mayores ingresos y niveles

educativos, desarrollan márgenes más amplios de autonomía personal y de movilidad, por lo que, sus derechos sexuales y reproductivos *“se ejercen más allá de las normas tradicionales vigentes, de las prohibiciones y tabúes”*. Puede ser por ello que para estos grupos de mujeres, en general, *“la salud sexual y reproductiva no sea percibida como un área prioritaria”*.

Las desigualdades socioeconómicas de la región de América Latina y el Caribe y las condiciones sociales de pobreza cada vez más crecientes para las mujeres, las inequidades por razones de género y edad son factores determinantes del riesgo que las mujeres enfrentan en su salud en general y, en su salud sexual y reproductiva en particular³⁷.

Según lo expresado en la Plataforma de Beijing, hay realidades sociales que tienen efectos perjudiciales sobre la salud de la mujer. Así, menciona *“la incidencia de la pobreza y la dependencia económica en la mujer, su experiencia de la violencia, las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas, la discriminación racial y otras formas de discriminación, el control limitado que muchas mujeres ejercen sobre su vida sexual y reproductiva y su falta de influencia en la adopción de decisiones”*³⁸.

IV.2. Los tratos crueles, inhumanos y degradantes a mujeres en los servicios de salud sexual y reproductiva

Entre los objetivos del Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos uno prioritario es erradicar los malos tratos a las mujeres en los servicios de salud sexual y reproductiva. Los malos tratos pueden tener características diversas y revestir distinta gravedad. Hemos detectado un amplio abanico de tratamientos que van desde la humillación verbal hasta los legrados sin anestesia, que ya configuran tortura. Un alto porcentaje de ellos podrían ser catalogados como Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes, conforme la Convención contra la Tortura, ratificada por nuestro país e incorporada a la Constitución Nacional.

Como otras formas de violencia contra las mujeres, este tipo de malos tratos, que es frecuente y generalizado, permaneció mucho tiempo invisibilizado. En la mayoría de los casos fue naturalizado, percibido por las mujeres como normal, como algo que había que padecer si se acudía a un servicio gratuito, por ser pobre o simplemente mujer. No es reconocido como violencia de género por parte de las y los trabajadores de la salud y existen numerosos obstáculos para denunciarlo.

³⁷ Idem, pág. 17 y 18.

³⁸ En este último sentido, también se expresa la Conferencia de El Cairo.

Plantear que puede existir tortura en un servicio público de salud reproductiva puede ser visto como exagerado. En general, la tortura es habitualmente imaginada en los centros de detención, como comisarías de policía, cuarteles del ejército o los centros clandestinos que funcionaron en la última dictadura militar en nuestro país (1976-1983). Es sólo en los últimos años que dentro de los sistemas internacionales de protección de los derechos humanos comenzó a estudiarse cómo distintas formas de violencia contra la mujer pueden, en algunos casos, caer dentro del marco de cobertura de la Convención contra la Tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes.

En enero del 2008 se publicó el Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak³⁹. En el mismo observa que “en muchas partes del mundo (distintas formas de violencia contra las mujeres) se siguen trivializando y la comparación entre ellas y la tortura “clásica” permitirá sensibilizar al grado de atrocidad al que pueden llegar.(...) que estas formas de violencia pueden constituir torturas si los Estados no actúan con diligencia, es un ejemplo de paralelo entre la tortura y otras formas de violencia contra la mujer”.

La prohibición de la tortura y los tratos crueles, inhumanos y degradantes ha sido plasmada en numerosos tratados internacionales, inspirados, en su mayoría, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, cuyo artículo 5 estipula que “nadie será sometido a tortura ni a trato o castigo cruel, inhumano o degradante”. Así el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes prohíben la tortura, al igual que muchos instrumentos regionales y el derecho penal internacional y el derecho internacional humanitario.

Dentro del Sistema Interamericano, el artículo 5 de la Convención Americana de los Derechos Humanos plantea en su inciso 2 que: “*Nadie debe ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes*”⁴⁰. A su vez, la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, aprobada en Cartagena de Indias en 1985, define la tortura en el artículo 2, como “*todo acto*

³⁹ A/HRC/7/3 -15 de enero de 2008- PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE TODOS LOS DERECHOS HUMANOS, CIVILES, POLÍTICOS, ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, INCLUIDO EL DERECHO AL DESARROLLO - Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak.

⁴⁰ CONVENCION AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS SUSCRIPTA EN LA CONFERENCIA ESPECIALIZADA INTERAMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS - San José, Costa Rica 7 al 22 de noviembre de 1969

realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin.”

En el Sistema de Naciones Unidas, la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CCT), de 1984, en su artículo 1 define a la tortura como: *“todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas”.*

Los casos de legrado sin anestesia realizados a mujeres que son sospechadas de haber realizado aborto, son casos de tortura, ya que provocan dolor y sufrimiento grave, son realizados por agentes del Estado, se hace con fines de castigo y se producen en situación de impotencia de la mujer. Si el médico/a pertenece a un servicio público, es un agente del Estado. Ese es uno de los requisitos para la configuración de la figura de la tortura, de acuerdo a la Convención.

En una maternidad del Noroeste Argentino, en un círculo de confianza, los médicos comentaron a mediados del año 2007, que si llegaban mujeres con hemorragia en horas de la madrugada, no molestaban al anestesista que estaba durmiendo. Hacían el legrado sin anestesia. Las o los médicos que lo realizan no se conciben torturando. Simplemente piensan que es una práctica médica dolorosa y que la mujer lo merece. No están seguros de si realmente realizó maniobras abortivas, pero igualmente le aplican una sanción, según sus criterios morales o religiosos. No conocen si la mujer tiene las mismas creencias religiosas o es agnóstica o atea, o simplemente no practicante; de todos modos creen que sus criterios son los que deben prevalecer. La mujer es culpable (por tener sexo y luego al intentar interrumpir el embarazo) y es tan inoportuna como para llegar al hospital en horas de la madrugada. Por eso, no tiene sentido despertar al anestesista de guardia.

El dolor, humillación y temor que siente una mujer que vive esa experiencia, le impide denunciar el hecho. Hay un estigma social para quienes interrumpen el

embarazo, que es incrementado por la legislación represiva y por un sistema de justicia que obstaculiza incluso los casos de aborto legal. La criminalización del hecho, el androcentrismo del sistema de justicia, el estigma social, son algunos de los factores que facilitan la impunidad de la tortura en estos casos.

La CCT establece una definición que contiene los cuatro elementos necesarios para poder hablar de tortura:

- *Dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales;*
- *Intención;*
- *Propósito;*
- *La participación del Estado.*

El Relator Especial contra la Tortura ha sugerido que el criterio de impotencia se añada a estos elementos. *“Surge una situación de impotencia cuando una persona ejerce un poder total sobre otra. (...) El elemento de la impotencia también permite que se tome en consideración la condición específica de la víctima, como el sexo, la edad y la salud física y mental, y en algunos casos también la religión, que puede hacer que alguien se encuentre impotente en determinado contexto. (...) La indiferencia de la sociedad a la subordinación de la mujer o incluso su apoyo de esa subordinación, así como la existencia de leyes discriminatorias y un cuadro de incapacidad del Estado de castigar a los autores y proteger a las víctimas, crea las condiciones en que las mujeres pueden ser objeto de un sufrimiento físico y mental sistemático, aunque parezca que pueden oponer resistencia”⁴¹.*

En relación a la prueba de los otros elementos, como propósito e intención, el Relator agrega: *“Con respecto a la violencia contra las mujeres, el elemento del propósito siempre se reúne si se puede demostrar que los actos están dirigidos específicamente contra ellas, puesto que la discriminación es uno de los elementos mencionados en la definición en la Convención contra la Tortura. Además, si es posible demostrar que un acto tenía un propósito específico, se podrá suponer la intención”.*

⁴¹Op. Cit en 1.

Diferencia entre tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes.

El Comité de Derechos Humanos, encargado de monitorear el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, no considera necesario hacer una distinción muy detallada entre tortura y tratos crueles, inhumanos y degradantes. El Pacto tampoco contiene definiciones. En un Comentario General el Comité estipuló que dichas distinciones “*dependen de la naturaleza, propósito y severidad del trato aplicado*”⁴².

Durante los primeros años de aplicación de la Convención, se utilizaron algunos parámetros que ahora han evolucionado, como el test propuesto por Nigel Rodley, anterior Reportero sobre la Tortura, que contenía 3 elementos para distinguir cuándo un trato cruel puede ser considerado tortura:

1. *La intensidad del dolor o sufrimiento infligido;*
2. *El propósito que se tuvo al infligirlo;*
3. *El estatus del perpetrador (si él/ella actúa como agente del Estado)*⁴³.

La Comisión Europea de Derechos Humanos (ahora reemplazada por la Corte Europea de Derechos Humanos) definió el trato inhumano como “*aquel tratamiento que deliberadamente causa sufrimiento severo, mental o físico, el cual, en la situación particular, es injustificable*”. El trato degradante es aquél que “*humilla groseramente a una persona frente a otras o lo conduce a cometer actos contra su voluntad o conciencia*”. A la vez, la Comisión definió a la tortura como “*una forma agravada de Trato cruel, inhumano y degradante*”.⁴⁴

Las Convenciones y Tratados de Derechos Humanos son instrumentos vivos, que se van enriqueciendo con sucesivas interpretaciones a la luz de los acontecimientos cotidianos. Eso ha determinado que cada vez con más frecuencia, actos que antes eran considerados sólo Trato Cruel, Inhumano y Degradante, actualmente puedan ser considerados como tortura.

Hay que tener en cuenta que los estándares de derechos humanos van avanzando y la construcción de sociedades democráticas plantea una elevación constante de los mismos.

⁴² Comité de Derechos Humanos, Comentario General N.20, (4, UN.Doc.HRI/GEN/1/Rev.7) 2004.

⁴³ Nigel Rodley. “The definition of Torture in International Law”, en Michael Freeman, ed. CURRENT LEGAL PROBLEMS (Oxford University Press), 2002.

⁴⁴ Dinamarca et al vs. Grecia, 12, Yearbook of the European Convention on Human Rights, 168, 1969.

El parámetro de la *intensidad del dolor* ha caído también bajo sospecha, luego de repetidos intentos de algunos países, como Estados Unidos y Gran Bretaña, de justificar terribles atropellos contra personas detenidas como simples tratos inadecuados porque no provocaban dolor severo. Una advertencia sobre los peligros de utilizar parámetros rígidos (especialmente el de la intensidad del dolor) para diferenciar la tortura de los tratos crueles, inhumanos y degradantes fue planteada por De Vos, en un artículo donde muestra la utilización perversa realizada por el gobierno norteamericano bajo la presidencia de G.Bush de estos criterios⁴⁵.

La evolución de estos conceptos muestra que si bien en la década del 60 y durante unos 20 años, el parámetro de la intensidad del dolor fue tomado en consideración para diferenciar a la tortura de los tratos crueles e inhumanos, con el avance de la jurisprudencia de los Comités monitores de los derechos humanos y luego de demostrarse que este parámetro era manipulado por algunos Estados en perjuicio de las víctimas, esa distinción ha sido relativizada y otros factores entran en consideración. Tal como lo expresara el Comité de la Tortura y el Relator sobre el mismo tema, el análisis del contexto y la historia personal de la víctima también deben ser tomados en consideración. En la experiencia de la cárcel de Abu Ghraib, muchos de los castigos impuestos provocaron una humillación especial en los detenidos en razón de pertenecer a la religión musulmana: obligarlos a usar un corpiño, exhibir el cuerpo desnudo y pisar delante suyo el libro sagrado del Corán, no significa lo mismo para un musulmán que para una persona que no pertenece a esa religión.

Con respecto a una definición de la tortura que respete al género, el Relator Especial sobre la Tortura, Manfred Nowak, se remitió a los elementos que figuran en la definición de la Convención contra la Tortura y subrayó que el elemento de propósito se cumple siempre cuando se trata de la violencia específica contra la mujer en el sentido de que ésta es inherentemente discriminatoria y de que uno de los propósitos posibles enumerados en la Convención es la discriminación.

A su vez, el Comité contra la Tortura, encargado de vigilar la aplicación de la Convención ha resaltado que los malos tratos a menudo llevan a la tortura, de forma que la tortura y los tratos crueles, inhumanos y degradantes están estrechamente ligados. A juicio del Relator Especial, los elementos principales que caracterizan

⁴⁵ Christian de Vos. "Mind the Gap. Purpose, Pain and the Difference between Torture and Inhuman Treatment". Human Rights Brief. American University Washington College of Law. Volume 14. Issue 2, 2007.

los tratos crueles, inhumanos y degradantes son la impotencia de la víctima y el propósito del acto.

Las mujeres que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente si lo hacen de urgencia, pueden vivir situaciones de impotencia. Esto debe analizarse en relación con su nivel de educación, historia de vida, situación económica, el grado de conocimiento o desconocimiento que tiene de su cuerpo y su salud y otros factores.

En relación al propósito del acto, en la mayoría de las situaciones de malos tratos observadas en los servicios de salud sexual y reproductiva aparece la cuestión del castigo, por diferentes motivos: no haberse cuidado con anticonceptivos si quedaron embarazadas; no haber adelgazado luego de recibir esa recomendación; quedar embarazada estando enferma; haberse provocado un aborto; haber tenido relaciones con un portador de VIH; no haber seguido exactamente las indicaciones del médico/a o del/la enfermero/a; quejarse de algún dolor; otras.

En el reporte citado más arriba, el Relator se refiere exclusivamente a hechos ocurridos en conexión con la salud reproductiva:

“b. La violencia contra mujeres embarazadas y la denegación de los derechos reproductivos.

37. En su Observación general N° 28 (2000) sobre el artículo 3 (la igualdad de derechos entre hombres y mujeres), el Comité de Derechos Humanos señala muy claramente que el aborto forzoso y la denegación del acceso a un aborto en condiciones seguras a las mujeres que han quedado embarazadas a raíz de una violación también incumplen lo dispuesto en el artículo 7. El Comité contra la Tortura también ha señalado que las mujeres son particularmente vulnerables cuando se adoptan decisiones en materia de reproducción, y ha manifestado inquietud por los ordenamientos jurídicos internos que restringen rigurosamente el acceso al aborto voluntario en los casos de violación. También ha condenado la práctica de intentar hacer confesar a una mujer como condición para que reciba un tratamiento médico que podría salvar su vida después de un aborto. (...) 38. El Comité de Derechos Humanos ha indicado que la esterilización de la mujer sin su consentimiento infringe el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. El Relator Especial también destaca que, dada la especial vulnerabilidad de las mujeres con discapacidad, el aborto forzoso y la esterilización en su caso, si son el resultado de un proceso judicial en que la decisión es tomada contra su

voluntad por su “tutor legal”, pueden constituir tortura o malos tratos.”

¿Por qué es difícil para las mujeres denunciar los malos tratos en los servicios de salud?

Sumados a los obstáculos ya conocidos para el acceso a la justicia en casos de violencia de género como las limitaciones financieras y económicas, o las leyes discriminatorias para acceder a la justicia, las víctimas de los malos tratos en los servicios de salud sexual y reproductiva tropiezan con obstáculos especiales en todas las fases de la administración de la justicia penal.

La pérdida de intimidad, sumada a la posibilidad de sufrir humillación en casos de que se revelen determinados actos, puede hacer que las mujeres oculten el hecho de que han sido objeto de tortura o malos tratos. Además existe el miedo adicional de la vergüenza y el rechazo de su pareja o familiares. “Podrían ser entrevistadas o examinadas por personal que no está capacitado en el trato con sensibilidad al género en la práctica de la prueba y la toma de declaración. En algunos países puede que no existan instituciones médicas independientes capaces de hacer esos exámenes”⁴⁶.

Si los malos tratos fueron por causa de un aborto inseguro, el temor a la denuncia penal, al arresto y las consecuencias de la criminalización, determinan que las mujeres ni siquiera se planteen la posibilidad de denunciar el modo como fueron atendidas.

Existen numerosos casos de tratos crueles, inhumanos y degradantes que no tienen relación con el aborto, sino con un ejercicio del poder dentro de la institución de salud pública. Allí entran a jugar la jerarquización (que afecta no sólo a las mujeres que acuden en busca de atención sino también a enfermeras/os, mucamas/os y otros trabajadores de la salud); la concepción del médico como un profesional de escala superior al resto de los trabajadores de la salud; una tradición autoritaria; patrones de discriminación contra las mujeres, otros.

Si son mujeres en edad reproductiva, el temor a perder la posibilidad de continuar usando los servicios de salud en caso que denuncien malos tratos, es un factor disuasivo de gran importancia, especialmente en el sector rural o en barrios alejados que cuentan con un solo centro de salud.

⁴⁶ Op.Cit en 1.

¿Por qué los hechos de malos tratos y torturas cometidos por los servicios de seguridad requieren la atención de toda la población (funcionarios, activistas y defensores de los derechos humanos, etc.) **y los cometidos contra mujeres en los hospitales no?**. El movimiento de derechos humanos de nuestro país ha prestado escasa atención a la mayoría de los temas que preocupan a las mujeres y ha sido remiso en colocarlos en su agenda, especialmente si están relacionados con los derechos sexuales y reproductivos o la salud sexual y reproductiva. Se requiere entonces un esfuerzo especial para visibilizar estos problemas como violaciones a los derechos humanos.

¿Por qué una mujer pobre está dispuesta a reclamar enfrente de una comisaría de policía porque han maltratado a su hijo y no se atreve a decir una palabra de los malos tratos que ella misma sufrió en un hospital cuando fue a parirlo?. Creemos que nuestra sociedad tiene que indagarse sobre estas cuestiones e ir buscando respuestas. Estos son problemas culturales y por tanto, susceptibles de ser transformados.

Todas las mujeres del país deben estar protegidas de estos hechos, que constituyen violaciones a los derechos humanos. Es necesario interpretarlos utilizando la amplia gama de garantías de los derechos humanos, en particular el conjunto de normas elaborado para combatir la violencia contra la mujer que pueden aportar ideas que pongan en claro las dificultades específicas que presenta la violencia contra la mujer.

El Relator Especial *“pide a los Estados que velen porque las mujeres víctimas de la tortura o malos tratos cometidos por funcionarios gocen de la plena protección de la ley (...) También encarece a que se entiendan la tortura y los malos tratos teniendo en cuenta siempre el género (...) El Relator Especial pide a los Estados que aborden la cuestión del estigma como obstáculo primordial que impide a las mujeres víctimas exigir justicia, (...) En las categorías de delito que dan pie a la reparación deben quedar mencionadas explícitamente las formas de tortura y malos tratos por género.(...)los mecanismos de vigilancia de la tortura a nivel nacional e internacional deberían ampliar el escrutinio del marco jurídico a toda una gama de leyes que pudieran ser de interés particular para las mujeres. En la red de socios deben figurar grupos en favor de los derechos de la mujer e instituciones académicas y de investigación pertinentes. En las visitas del relator especial a los países, debe incluirse además la inspección de los centros de asistencia social y las instituciones psiquiátricas. El Relator Especial recomendó también que los equipos de vigilancia e investigación estén formados por personas de ambos sexos (por ejemplo, doctoras) y porque todos sus miembros estén cualificados para atender casos de violencia*

sexual y otras cuestiones delicadas específicas del género"⁴⁷.

⁴⁷Op.cit en 1.

V. Los desafíos futuros

“El trato digno no depende de la calidad de recursos”.

“Respetar no cuesta, no ser respetadas sí tiene altos costos”.

Esta es una consigna que replicamos en los materiales de difusión del Observatorio. Sabemos que existe una situación de crisis y precariedad que atraviesa la salud pública. Sin embargo, nada puede justificar ni ser un obstáculo para brindar una adecuada calidad de atención y trato respetuoso.

A la hora de pensar e implementar propuestas, es importante tener en cuenta que el Comité de la CEDM señala que la obligación de proteger los derechos relativos a la salud de las mujeres exige que los Estados, sus agentes y sus funcionarios, adopten medidas para impedir la violación de esos derechos por parte de los particulares y organizaciones e imponga sanciones a quienes cometan esas violaciones.

Esto significa que los Estados deben garantizar:

a) Incorporar la perspectiva de género en todas las políticas y los programas que afecten a la salud de la mujer y hacer participar a ésta en la planificación, la ejecución y la vigilancia de dichas políticas y programas y en la prestación de servicios de salud a la mujer.

b) La capacitación de los/las trabajadores/as de la salud sobre cuestiones relacionadas con el género de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en el género. El Comité observa que las mujeres tienen el derecho a estar plenamente informadas, por personal debidamente capacitado, de sus opciones al aceptar tratamiento o investigación, incluidos los posibles beneficios y los posibles efectos desfavorables de los procedimientos propuestos y las opciones disponibles, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva.

Asimismo, el Comité también ha señalado:

1.- La necesidad de 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;

2.- La exigencia de 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;

3.- Cuidar que los programas de estudios para la formación de los trabajadores sanitarios incluyan cursos amplios, obligatorios y que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia basada en el género.

Con este marco de derechos, en los próximos años el Observatorio se propone:

- Establecer contacto con Enlaces Provinciales y crear una red nacional de enlaces provinciales.
- La difusión de la cátedra de salud y derechos humanos, para que sea incorporada en todas las Universidades del país.
- Dar continuidad del Premio a las Buenas Prácticas a nivel latinoamericano.
- La alianza con otros observatorios que llevan adelante tareas similares.

Las personas que integramos el equipo del Observatorio hemos decidido implementar políticas de alianzas con personas y organizaciones de todo el país, con el objetivo de difundir valores, normas y principios de una cultura respetuosa de la dignidad y los derechos humanos de las mujeres. Ello implica una campaña de identificación de personas que puedan articularse con el Observatorio desde distintas provincias y que se comprometan a difundir el material, registrar casos de vulneración de derechos y ejemplos de buenas prácticas y ser interlocutoras válidas para numerosos actores que puedan compartir estos objetivos.

El intercambio con Observatorios que han surgido en otros países, nos fortalecerá mutuamente, tanto desde el plano conceptual como práctico. En noviembre de 2008 se realizó en Santander, España, el primer encuentro de Observatorios de Salud, donde estuvimos presentes compartiendo experiencias y materiales producidos. Es probable que en poco tiempo contemos con la construcción de un trabajo en articulación con observatorios de la región.

Anexo 1

Resolución 713 (31/10/03) de la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe

VISTO: el Expediente N 2-011572/03, en virtud del cual se presentan a esta Defensoría del Pueblo Representantes del Instituto de Género, Derecho y Desarrollo (INSGENAR) y el Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), adjuntando los resultados de una investigación realizada en los Hospitales Provinciales y Municipales de las ciudades de Rosario, Granadero Baigorria, Villa Gobernador Gálvez (Pcia. De Santa Fe), y;

CONSIDERANDO:

(...)

Que la investigación realizada recoge abundante información acerca de la relación de Pacientes Mujeres y los Servicios de Salud de Ginecología y Obstetricia de los mencionados Hospitales, obtenida a través de entrevistas personales y talleres de reflexión;

(...)

Los Defensores del Pueblo, Adjuntos A/C, RESUELVEN:

Artículo 1ero.: Declarar admisible la queja de referencia (cfr. Arts. 1 y 22 de la Ley N.10.396).

Artículo 2do.: Recomendar al Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social de la Provincia de Santa Fe, instrumente y viabilice el establecimiento de normativas y pautas claras, como también la organización de actividades (talleres de reflexión, jornadas, encuentros) tendientes a garantizar un trato adecuado a las mujeres que asistan a los Servicios de Ginecología y Obstetricia de los Hospitales Públicos, en el estricto marco del respeto por los derechos humanos. Dichas acciones podrán incluir no sólo al Personal Médico/a, sino también a Enfermeros/as, Camilleros/as, a fin de erradicar prácticas que pueden atentar contra la Dignidad de la Persona.

Artículo 3ro.: Solicitar al Ministerio de Salud, Medio Ambiente y Acción Social que informe a esta Defensoría del Pueblo de las Acciones y/o

Programas que se implementen a los fines de dar respuesta a esta recomendación y en cumplimiento de lo establecido por la Normativa Internacional de Derechos Humanos.

Artículo 4to.: Aprobar todas las actuaciones realizadas por los/as funcionarios/as de esta Defensoría del Pueblo.

Artículo 5to.: Remitir copia de la presente resolución a cada una de las partes involucradas.

Artículo 6to.: Regístrese, comuníquese y archívese.

Anexo 2.

Programa Materia Electiva

Salud y Derechos Humanos

Carrera: Medicina

Ciclo Prevención de la Enfermedad

Facultad de Ciencias Médicas

Universidad Nacional de Rosario

2009

EQUIPO DOCENTE

- * Dra. Susana Chiarotti - Abogada - Responsable de la Materia
- * Lic. Susana Arminchiardi - Trabajadora Social - Responsable suplente
- * Dr. Hugo Provera - Médico
- * Dr. Juan Carlos Piola - Médico
- * Dra. Rosa Acosta - Abogada y Psicóloga
- * Dr. Vildor Garavelli - Abogado
- * Dr. Carlos Collere - Abogado
- * Lic. Cristina Granero - Psicóloga

Ayudantes de la Materia Electiva:

Malena Casal, Kinesióloga

Anabella Ceci, Estudiante de Medicina

Programa

Materia Electiva: Salud y Derechos Humanos

2009

Módulo I:

Introducción al Derecho a la Salud Accesibilidad – Obligaciones del Estado

- El derecho humano a la salud. Ubicación de este derecho dentro del sistema de derechos humanos como un derecho económico, social y cultural. Las garantías de este derecho a nivel nacional.
- El derecho a la salud como un derecho con rango constitucional
- Accesibilidad al derecho a la salud
- Obligaciones del Estado: (Respetar, promover, garantizar)

Objetivos del Módulo:

Lograr que alumnas y alumnos conozcan los sistemas, contenidos y principios de los derechos humanos, a través del análisis del derecho humano a la salud.

Lograr la comprensión del alcance de la responsabilidad del Estado en la protección y promoción del derecho a la salud – Obligaciones del Estado: Cómo obligan a los/las profesionales de la medicina?

Reflexionar sobre los mecanismos de defensa y promoción de los derechos, especialmente el derecho a la salud.

Situación problemática 1: Alberto es un enfermo cardíaco de 57 años. No tiene cobertura social. El 17 de julio sufrió un ataque y debió ser internado de emergencia. Pero los hospitales públicos de la ciudad estaban saturados. Los sanatorios privados que tenían disponibilidad se negaron a recibirlo. Alberto permaneció varias horas dentro de una ambulancia con riesgo de perder su vida

Tiempo de duración: 2 semanas

Módulo 2: Componentes del Derecho a la Salud: Salud Sexual y Reproductiva

- Derechos Sexuales. Derechos Reproductivos. Salud Sexual. Salud Reproductiva.
- Derechos Sexuales. Derechos Reproductivos.
- Desarrollo histórico. Nociones actuales.
- Salud Sexual. Salud Reproductiva. Programa nacional, provincial y municipal.
- Dimensión biológica, psicológica y social.

Objetivos del Módulo:

Facilitar el análisis de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el marco de los derechos humanos.

Promover el análisis de las complejidades del derecho a la salud sexual y a la salud reproductiva, en relación con las responsabilidades del Estado y los recursos requeridos para poder acceder y controlar su adecuado ejercicio.

Procurar la sensibilización de alumnos y alumnas para que conozcan, respeten e incentiven el ejercicio de los derechos de las personas que acuden a servicios de salud, colaborando en la construcción de su autoestima y promoviendo la asertividad y otras habilidades sociales.

Situación Problemática 2: Mariano, de 31 años, se practicó un análisis de VIH que resultó positivo. Vive en pareja desde hace 3 años con Valeria que tiene 28 años y cursa la 8va. semana de su primer embarazo. Debido a lo extensa de su relación de pareja, ambos piensan que Valeria también puede estar infectada. Ella se niega a hacerse un análisis. teme, entre otras cosas, perder el empleo si el resultado es positivo. Pide asesoramiento y atención.

Tiempo de duración: 2 semanas

Módulo 3: Condiciones para gozar del derecho a la salud

- Condiciones para gozar el derecho a salud. Salud y contexto socio-económico.
- Elementos contextuales vinculados al ejercicio del derecho a la salud.
- Integralidad de los DDHH. Conexión e interdependencia del derecho a la salud con otros derechos humanos (alimentación, vivienda, trabajo, medioambiente sano, medicamentos, etc.).

Objetivos:

- Comprender que el goce del derecho a la salud está estrechamente enlazado a la satisfacción de otros derechos humanos inalienables.
- Determinar y contextualizar las diferentes variables que atraviesan las prácticas en salud y los conflictos de derechos que pueden generarse en el desarrollo de las mismas.

Situación Problemática 3: Santiago, de 68 años, es un activo propietario de un pequeño comercio de artículos electrodomésticos. Vive con Carmen, de 64 años, su mujer, ama de casa. Dos de sus tres hijos, han emigrado a otras ciudades. Pedro nunca trabajó en relación de dependencia, razón por la cual decidió, hace tiempo, asociarse a una empresa de medicina prepaga con el fin de tener cobertura médica para toda su familia. Así afrontaron el nacimiento de sus hijos, las enfermedades infantiles, etc. Hace un año, la empresa de medicina quebró y Santiago debió buscar otra empresa que le diera cobertura, pero la mayoría de ellas los han rechazado aduciendo que han excedido el límite de edad para el ingreso y que tienen patologías que hacen imposible su admisión. Santiago padece de hipertensión arterial y cardiopatía isquémica y Carmen es diabética desde hace más de quince años, debiendo controlarla con hipoglucemiantes orales. Finalmente, fueron aceptados por la obra social de uno de sus hijos, que le otorga prestaciones básicas. Recientemente, a Carmen le detectaron un tumor cerebral de difícil tratamiento. El oncólogo que la atiende le ha prescripto un medicamento nuevo, muy costoso, que la obra social se niega a reconocer argumentando que todavía no está suficientemente probado que dicha droga sea eficaz para el tipo de neoplasia que padece. Desesperados, han realizado una presentación judicial, solicitando la debida asistencia médica, pero temen que el tiempo que emplee el sistema judicial en resolver la causa haga ineficaz el tratamiento.

Situación Problemática 4: José, de 38 años y humilde condición, vive con su pareja y tres hijos de ambos, en una casilla precaria. Procedente hace varios años del interior del país, trabaja como changarín. Padece de diabetes insulino dependiente y como carece de medios económicos para la compra regular del medicamento, cada tanto, debe ser internado de urgencia por descompensación de su enfermedad. En los medios hospitalarios de la zona ya lo conocen. Primero, internación en UTI del hospital de mayor complejidad. Luego, derivación a sala general del hospital de su zona para completar su recuperación y, finalmente alta médica. Al cabo de un tiempo, el ciclo se repite. Constanza, la médica que lo asiste habitualmente en el hospital regional decide poner en práctica una estrategia para poner fin a esa situación: José se compromete a concurrir diariamente al hospital y el personal de enfermería le va a administrar la insulina que se solicitará a la farmacia del Hospital. Constanza prescribe las recetas de la medicación con las indicaciones correspondientes, pero a los pocos días, las autoridades del hospital le comunican que “el hospital no tiene presupuesto para administrar medicamentos en forma permanente a pacientes ambulatorios, sólo a los internados”.

Tiempo de duración: 2 semanas

Módulo 4: Los medicamentos: ¿Bien Social o Bien de Mercado?

a. Los medicamentos como bien social.

- El acceso a medicamentos como un requisito para el disfrute del derecho a la salud.
- Las empresas farmacéuticas y la manipulación de las enfermedades.

b. Dimensión ética. Enfoques y principios de la ética en salud.

- La ética médica en el marco de los derechos humanos.
- Deber de confidencialidad. El secreto profesional.
- El derecho del paciente a saber sobre su cuerpo. El derecho a saber en salud laboral.

Objetivos:

- Reconocer y analizar los diversos principios éticos que rigen las prácticas en salud
- Debatir sobre los diferentes compromisos éticos que subyacen en las prácticas médicas en la investigación y en las políticas en salud, así como en la fabricación y comercialización de medicamentos.
- Conocer las obligaciones jurídicas profesionales y los conflictos éticos que se generan en relación a ellas.

Situación Problemática 5: Juan de 33 años, operario de una industria química de una localidad cercana a Rosario. Consulta a un médico del Servicio Médico del Sindicato por un cuadro clínico y bioquímico de hepatitis aguda. Los análisis específicos solicitados descartan etiología viral y hacen orientar el diagnóstico hacia una causa tóxica. Cuando se le pregunta con qué sustancias trabaja dice ignorar y manifiesta temor de ser despedido si trata de averiguar. Refiere que ya le pasó eso a un compañero. Desde hace dos meses se cambió el procedimiento y se utilizan nuevos tóxicos, de los que sólo conoce por siglas. Cuando se le pide que copie los rótulos de las etiquetas refiere que están en idioma extranjero y/o que no tienen la composición.

Tiempo de duración: 2 semanas

Módulo 5: Factores que afectan el disfrute del derecho a la salud - Discriminación

La discriminación como mecanismo social de vulneración de los derechos humanos.

- Introducción al concepto de discriminación. “Plan Nacional contra la discriminación” en Argentina.
- Diferentes formas de discriminación
- La discriminación étnico- racial
- Ancianos/as, personas en condiciones vulnerabilidad social.

Concepciones acerca de la “normalidad” y la “discapacidad”.

- La discapacidad como modelo social.
- Discriminación en el acceso a la salud hacia las personas con discapacidad.

Discapacidad. Instrumentos jurídicos:

- Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
- Convención Interamericana contra la Discriminación de las Personas con Discapacidad.

Objetivos:

- Reflexionar sobre la discriminación como fenómeno social, sus distintas facetas y posibles modos de erradicarla.
- Analizar el impacto en la salud de las actitudes discriminatorias.
- Reflexionar sobre la respuesta del sector salud a las necesidades de las personas con discapacidad.

Situación Problemática 6: Juan y Teresa se encuentran afiliados a una Entidad de Medicina Prepaga. Teresa está embarazada y da a luz a su hijo dentro de la cobertura de la Prepaga. Nacido el hijo, quien presenta una discapacidad neurológica muy seria, sus padres quieren afiliarlo a la Prepaga y ésta se niega a afiliarlo, sin manifestar fehacientemente la causa.

Tiempo de duración: 2 semanas

Módulo 6: Factores que afectan el disfrute del derecho a la salud.

- La violencia de género y su impacto en la salud.

Violencia de género:

- Definiciones, tipos de violencia, origen y causas de la violencia de género.
- Impacto en la salud – los síntomas.
- Costos de la violencia.

Objetivos del Módulo:

- Promover un análisis crítico de las relaciones humanas y especialmente de las relaciones entre varones y mujeres.
- Facilitar el conocimiento de la violencia de género, sus causas y consecuencias así como el impacto en la salud de las personas.
- Procurar la sensibilización de alumnos y alumnas en el reconocimiento de síntomas de violencia de género y su participación en la prevención y erradicación del problema.

Situación Problemática 7: Ayelén trabaja en un shopping de la ciudad de Rosario. Consulta al médico por problemas de la piel, gastritis y trastornos intestinales. El médico observa que tiene equimosis en la cara y el cuello. Le pregunta qué le pasó y Ayelén le cuenta que se golpeó con la puerta.

Tiempo de duración: 1 semana.

Módulo 7: Factores que afectan el disfrute del derecho a la salud.

Prácticas discriminatorias en el campo de la salud. Tratos crueles, inhumanos y degradantes.

- Identificar prácticas discriminatorias y/o tratos crueles, inhumanos y degradantes en el ámbito de la atención en salud.
- Análisis del entrecruzamiento de las variables de género, étnico-cultural, etaria y otras, en las prácticas asistenciales.
- Reflexión sobre prácticas posibles para erradicar la discriminación.
- Ejemplos de buenas prácticas.

Objetivos:

- Reflexionar sobre la discriminación en el campo de la salud, sus distintas facetas y posibles modos de erradicarla.
- Analizar los principios que refieren a una adecuada atención en salud. Reconocer la existencia de prácticas discriminatorias en el campo de la salud, los factores que la posibilitan y la articulación de estrategias tendientes a su eliminación.

Situación Problemática 8: Andrea tiene un embarazo de 8 semanas. Pide un turno para el servicio de ginecología del Hospital correspondiente a su domicilio y se lo dan para dentro de tres semanas. Al momento de la consulta y revisión, estaban presentes ocho estudiantes y Andrea plantea que quiere ser revisada sólo por el ginecólogo. Este le dice que las normas del hospital son ésas y que, si no le gusta, se vaya a otro lado. A los pocos días comienza con una pérdida por lo que tiene que acudir a la guardia del hospital. Allí, es atendida, primeramente, por personal de salud que la maltrata verbalmente ya que sospechan que pudo haberse realizado un aborto.

Tiempo de duración: 1 semana

Anexo 3. Seminarios realizados

En orden cronológico se realizaron los siguientes seminarios provinciales⁴⁷:

TUCUMÁN, fue la provincia donde se realizó el primer seminario el 24 de noviembre de 2005, en el marco de los días de activismo por la erradicación de la violencia contra la mujer. El foco de la convocatoria estuvo puesto en referentes y autoridades claves, de las maternidades, de los servicios y de la gestión de salud pública local, como así también de organizaciones sociales, especialmente de mujeres.

En esta ciudad contábamos con dos interesantes experiencias, ambas se expusieron, en primer lugar, la buena práctica que se viene desarrollando con la experiencia de parto humanizado⁴⁸. En segundo lugar, también se presentó la investigación local que da cuenta de los procesos de producción y reproducción de violencia institucional en la maternidad con mayor cantidad de partos del país⁴⁹.

La participación del público en los debates generales como en los trabajos en grupo evidenció la dificultad existente en los/las profesionales de la salud para identificar la violencia y el maltrato y hacer abstracción de cuestiones personales. También aparecieron resistencias para enfocar el problema y pensar soluciones al mismo.

En NEUQUÉN, se realizó el día 28 de abril del 2006, en el Aula Magna de la Universidad Nacional del Comahue. La convocatoria se tituló “Con el Debido Respeto” Atención a las Mujeres en los Servicios de Salud.

La alianza local incluyó a la Defensoría del Pueblo de la ciudad de Neuquén, a la Defensoría del Vecino de la ciudad de Centenario, al Colegio Médico de Neuquén y a la Subsecretaría de Salud de la Provincia. Participaron de la jornada la responsable del Programa Provincial de Salud Sexual y Reproductiva, de la provincia de Neuquén y también legisladores/as de la provincia de Río Negro. Ambas provincias pioneras

⁴⁷ Vale aclarar que, no incluye este anexo todas las participaciones que recibe el Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos en el marco de diferentes actividades.

⁴⁸La jefa del Departamento Perinatal del Hospital Nicolás Avellaneda, doctora M. Mohedano, desarrolla desde hace varios años una metodología de trabajo en el servicio, muy innovadora, basado en el parto humanizado. Dicha experiencia fue presentada en el seminario nacional y también en el provincial.

⁴⁹ Esta investigación realizada por un equipo en el Instituto de Maternidad Nuestra Sra. de la Merced, provincia de Tucumán. Disponible en: www.insgenar.org.ar/observatorio/documentos

en materia de anticoncepción quirúrgica, por lo que este tema fue abordado en sus avances y dificultades. Esto contribuyó a enfatizar el derecho a la información y a la toma de decisiones en los trabajos grupales.

El espacio del debate resultó muy interesante dado que en ese marco se presentó, a través de una de las organizaciones autoras, la *“Campaña Cambiemos las preguntas”*, donde la Investigación de Con Todo al Aire ha sido utilizada entre sus fundamentos. Dicha campaña advierte la discriminación que padecen las mujeres lesbianas en la consulta ginecológica. Para nosotras este aporte es sustancial, lo hemos incorporado porque es un ejemplo de cómo los malos tratos hacia las mujeres en los servicios de salud sexual y reproductiva obedecen a concepciones patriarcales que conciben a las mismas de determinada manera, en este caso como heterosexuales.

En SANTIAGO DEL ESTERO, el 17 y 18 de mayo de 2006 el Observatorio fue presentado en el marco de una multitudinaria actividad, llamada: *“3eras. Jornadas. Reproducción, sexualidad y ciudadanía - Por el Derecho al Buen Trato”*. El ámbito de desarrollo de la actividad fue la Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Salud. La afluencia fue masiva y de carácter regional, con participación de público proveniente de provincias vecinas como Tucumán, Jujuy y Catamarca.

Las organizadoras locales se plantearon como objetivos, en primer lugar, reflexionar y debatir sobre la problemática de violencia en las instituciones de salud y su repercusión en la salud sexual y reproductiva. En segundo término, elaborar propuestas de intervención interdisciplinaria que garanticen la calidad de atención y el buen trato. La alianza local incluyó a docentes, investigadores/as y estudiantes de dicha Facultad, la Dirección de Atención Médica del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Provincia; del Servicio de Maternidad del Hospital Regional Ramón Carrillo y la Subsecretaría de Derechos Humanos de la Provincia de Santiago del Estero. Los talleres que se realizaron abarcaron un amplio espectro de temas vinculados a la problemática.

En MENDOZA, los días 29 y 30 de mayo de 2006, se hicieron dos actividades en los dos hospitales públicos más importantes de la provincia. Por un lado, en la ciudad de Maipú y por el otro en la capital provincial, Mendoza. Ambas se denominaron *“Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en los efectores públicos de salud. Trato Humanizado”*. Fue la primera experiencia de trabajar directamente en efectores públicos y convocadas por el Programa Provincial de Salud Reproductiva. Por la proximidad del escenario donde ocurren los malos tratos y la calidad de trabajadores de los/as asistentes, el involucramiento fue distinto y tal

vez eso motivó que luego de la representación teatral hubiera un silencio masivo y prolongado, que se rompió cuando algunos profesionales, comenzaron a dar testimonios de lo que observaban en la práctica cotidiana.

Uno de los resultados positivos de estas actividades tuvo lugar semanas después del Seminario, cuando el Director de la Maternidad de Mendoza convocó a la Directora del Programa de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud de la Provincia a transformar las situaciones denunciadas e implementar las estrategias propuestas.

En CÓRDOBA, el 15 de junio de 2006 se presentó el Observatorio en una Jornada que se realizó en la Escuela de Trabajo Social y se denominó “*Derechos Sexuales y Reproductivos, por una salud humanizada*”.

Al igual que los anteriores convocó a personas del campo de la salud, trabajadoras sociales y representantes del movimiento de mujeres. También había referentes de salud pública de la Provincia de Córdoba y de la Municipalidad, especialmente médicas y enfermeras. La alianza se realizó con el SEAP, Servicio de Acción Popular y el Movimiento de Mujeres de Córdoba que presentó su investigación de Monitoreo de Políticas Públicas en materia de salud sexual y reproductiva, dentro del marco del CONDERS -Consortio Nacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos-.

CORRIENTES el 20 de noviembre de 2007. En alianza con el Programa “Juana Azurduy” de esta provincia se llevó adelante una jornada con referentes vinculados a los centros de salud de diferentes ciudades del interior: Paso de los Libres, Curuzú Cuatía, San Martín, Rawson, Goya y Mocoretá. También estuvieron presentes responsables de Programas de Salud sexual y reproductiva y funcionarios de Salud pública, del Consejo provincial de la mujer, coordinación de comedores, dirección de micro emprendimientos.

En esta Jornada, la obra de teatro produjo un fuerte impacto. Tres veces aplaudieron intensamente sin haber acabado la misma. Nos sorprendió haber visto risas y cuchicheos en una obra de alto contenido dramático. Una vez finalizada, una mujer fue portavoz de las sensaciones que había producido la misma: “*yo me reía, pero porque me pasaban muchas cosas acá (señalando el pecho y la garganta), en verdad yo quería decir muchas cosas, en primer lugar que todo lo que se mostró es verdad y pasa y me ha pasado*”. Este comentario tuvo un consenso general que permite actualizar la realidad de los malos tratos.

La participación de funcionarios dio la posibilidad de revisar aspectos positivos y dificultades que persisten en la implementación de los programas, a través de

preguntas y denuncias que se les hicieron en materia de derechos sexuales y reproductivos.

En RESISTENCIA, Chaco, el 21 de Noviembre de 2007, se coorganizó un seminario-taller en conjunto con el Programa “Juana Azurduy” de la provincia, que se desarrolló en la sede de la Universidad Popular del Chaco. Contó con la presencia del responsable del Programa de Salud Sexual y Reproductiva provincial. Esta presencia fue valorizada porque era la primera vez que estas organizaciones de mujeres tuvieron la posibilidad de dialogar con él. Una oportunidad muy valiosa especialmente para quienes representaban a localidades del interior de la provincia, dado que pudieron expresar las dificultades con que se encuentran cotidianamente para el acceso real a los beneficios del Programa.

Ambos Seminarios, el de Corrientes y el del Chaco contaron con el apoyo del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación, que facilitó la articulación con las organizaciones y programas provinciales. La participación de mujeres y varones usuarias/os de la salud pública, nos permitió tomar dimensión de la extensión, naturalización y arraigo que tienen los malos tratos a las mujeres, más aún cuando son mujeres en situación de pobreza y/o viven en zonas rurales. El intercambio con referentes de localidades más pequeñas de la provincia nos animó a redefinir propuestas semejantes de sensibilización y de construcción de estrategias, a partir de multiplicar la difusión del Observatorio en localidades del interior de provincias.

En FORMOSA la actividad de difusión del Observatorio se llevó a cabo el 27 de junio de 2008 en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Formosa. Se llamó “*Jornada sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres: avances y desafíos hacia nuevos paradigmas en la consolidación de los derechos*”. La alianza local estuvo integrada por el Equipo CONDERS Formosa y la representante del Programa Juana Azurduy de esta provincia.

La Jornada se llevó adelante a partir del esfuerzo de convocatoria y organización del equipo que conforman el CONDERS Formosa. La propuesta de coorganización con autoridades de Salud Pública no prosperó debido a temores de confrontación que generaban una actividad de participación amplia.

Se presentó la experiencia de monitoreo social que se realizó en esta provincia. La presencia de participantes del interior provincial permitió tener un acercamiento mayor a la situación de las prácticas en salud en áreas rurales con comunidades de pueblos originarios.

En MISIONES el 26 de septiembre del año 2008. La actividad se llevó adelante en alianza con la organización Asociación por el Derecho a Decidir -Córdoba-, la Maestría en Políticas Sociales de la Universidad Nacional de Misiones y el Programa “Juana Azurduy” de Misiones.

En esta provincia se realizaron dos actividades. La primera consistió en una presentación del Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos junto con el vídeo “Con Todo al Aire” y el tema Mortalidad Materna, en el marco del módulo Violencia Institucional de la Maestría en Políticas Sociales de Universidad Nacional de Misiones. El alumnado está integrado por profesionales de la salud y docentes. La otra actividad fue un encuentro con Mujeres del Programa Juana Azurduy, donde participaron mujeres de los sectores populares, trabajadores de la salud y estudiantes. La puesta en escena del vídeo generó una fuerte participación de las mujeres compartiendo sus experiencias. El saldo de ambas actividades fue muy positivo en términos que hoy se cuenta con referentes del ámbito académico, profesionales de la salud y organizaciones populares.

CHACO, Resistencia, volvimos el 29 de septiembre de 2008. La *“Jornada sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres: Avances y Desafíos”*, se llevo adelante en articulación con Católicas por el Derecho a Decidir -Córdoba-, con el apoyo de la Subsecretaría de Derechos Humanos de la Provincia de Chaco. Esta instancia permitió una mayor presencia de referentes de salud en la jornada. Participaron profesionales de la salud, organizaciones de derechos humanos y de mujeres, docentes, funcionarios del Ministerio de Salud y Desarrollo Social. La jornada tuvo relevancia en los medios de comunicación.

La evaluación ha sido muy buena, en términos de participación e interés que nos permitieron registrar contactos y referentes en los temas planteados. Valorizamos la participación de equipos de salud provenientes de localidades muy distantes como El Impenetrable, en la Provincia del Chaco.

El saldo positivo más importante de estos seminarios de difusión en varias provincias fue el contacto con numerosas personas y organizaciones sensibilizadas en la problemática y que hicieron posible los seminarios. Si bien en algunas contábamos con conexiones producto de actividades previas; en otras, la presentación del Observatorio inauguraba la primera experiencia de trabajo conjunto. Los resultados nos alientan a profundizar y fortalecer estas alianzas locales, porque son claves en la continuidad y sustentabilidad del proceso de deconstrucción de una cultura de maltrato y la construcción de un nuevo modelo de atención, donde se respeten los derechos humanos.

Anexo 4. Tratados internacionales, Documentos de Conferencias y Jurisprudencia de los Comités de Naciones Unidas

Este capítulo está dividido en tres secciones. La primera, reproducirá los artículos de los Tratados Internacionales más importantes, que están relacionados con la salud reproductiva y los derechos de las mujeres en relación al acceso y uso de servicios de salud reproductiva.

La segunda, reproduce algunos párrafos de los documentos de las Conferencias mundiales de las Naciones Unidas que han sido firmados por nuestro país, como el Plan de Acción de El Cairo surgido de la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (1994) y la Plataforma de Acción de Beijing (1995) firmada luego de la IV Conferencia Mundial de la Mujer en Beijing, y se relacionan con las obligaciones asumidas en relación a los derechos de las mujeres en el campo de la salud sexual y reproductiva.

La tercera trae algunos ejemplos de Jurisprudencia de Naciones Unidas relacionados con el tema. Se transcriben en primer lugar varias Recomendaciones Generales elaboradas por los Comités que dan seguimiento a cada tratado y por último, las Observaciones Finales que los Comités hacen al Estado Argentino luego de presentar los reportes periódicos, replicando sólo los párrafos de las Recomendaciones Generales y de las Observaciones Finales que tienen que ver con el tema.

Los Comités Monitores de los Tratados de las Naciones Unidas son cuerpos de expertos y expertas que dan seguimiento al cumplimiento de dichos tratados en cada país, reciben denuncias por incumplimiento y analizan informes periódicos de los Estados Parte.

A la vez, hemos transcripto las Recomendaciones Generales de algunos de estos Comités, relacionadas con el tema en estudio. Las Recomendaciones y Observaciones Generales son elaboradas por los Comités para aclarar el sentido de algunos artículos de los tratados, asesorar en su aplicación y son consideradas como la interpretación autorizada del tratado.

Las Observaciones Finales son emitidas por los Comités luego de revisar los informes periódicos de los Estados Parte. En general, cada Estado Parte de un Tratado debe presentar cada 4 ó 5 años un informe donde dé cuenta de los pasos que está dando en el país para implementar las normas del Tratado o Convención. También enumera los obstáculos encontrados y los planes que tiene para lograr el cabal cumplimiento de las normas internacionales. Se supone que el Estado Parte debe corregir los

problemas encontrados antes del próximo informe.

- **Tratados Internacionales**

Enumeramos los artículos que tienen relación con el tema tratado, de los siguientes Pactos y convenciones:

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
- Convención de los Derechos del Niño y la Niña
- Convención contra la Tortura y otros tratos crueles, inhumanos y degradantes.
- Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad
- **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)**
- Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 23 de marzo de 1976.

(...)

- Artículo 3: Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar a hombres y mujeres la igualdad en el goce de todos los derechos civiles y políticos enunciados en el presente Pacto.

(...)

- Artículo 6: 1. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente (...)
- Artículo 7: Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.

(...)

Artículo 17: Protección a la intimidad y la vida privada

1. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación.
2. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.

(...)

● **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)**

Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976.

● Artículo 12:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de las niñas y los niños (...)

d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

(...)

- **Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial - (CEDM)**

Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 2106 A (XX), de 21 de diciembre de 1965. Entrada en vigor: 4 de enero de 1969.

- Artículo 1:

1. En la presente Convención la expresión “discriminación racial” denotará toda distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en motivos de raza, color, linaje u origen nacional o étnico que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública.

(...)

- Artículo 5:

En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: (...)

e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular:(...)

- iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales;...

(...)

- **Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer - (CEDM)**

Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979. Entrada en

vigor: 3 de septiembre de 1981. Ratificada por nuestro país en 1985.

- Artículo 1: A los efectos de la presente Convención, la expresión “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.

- Artículo 2: Los Estados Partes condenan la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer y, con tal objeto, se comprometen a:

a) Consagrar, si aún no lo han hecho, en sus Constituciones nacionales y en cualquier otra legislación apropiada el principio de la igualdad del hombre y de la mujer y asegurar por ley u otros medios apropiados la realización práctica de ese principio;

b) Adoptar medidas adecuadas, legislativas y de otro carácter, con las sanciones correspondientes, que prohíban toda discriminación contra la mujer;

c) Establecer la protección jurídica de los derechos de la mujer sobre una base de igualdad con los del hombre y garantizar, por conducto de los tribunales nacionales competentes y de otras instituciones públicas, la protección efectiva de la mujer contra todo acto de discriminación;

d) Abstenerse de incurrir en todo acto o práctica de discriminación contra la mujer y velar porque las autoridades e instituciones públicas actúen de conformidad con esta obligación;

e) Tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer practicada por cualesquiera personas, organizaciones o empresas;

f) Adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer;

g) Derogar todas las disposiciones penales nacionales que constituyan discriminación contra la mujer.

(...)

- Artículo 4: (...), inciso 2: La adopción por los Estados Partes de medidas especiales, incluso las contenidas en la presente Convención, encaminadas a proteger la maternidad no se considerará discriminatoria.

- Artículo 5: Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para:...

(...) 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.

(...)

- Artículo 10: Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres: (...)

h) Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.

(...)

- Artículo 12:

- 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar,

en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

(...)

● Artículo 14:

● 1. Los Estados Partes tendrán en cuenta los problemas especiales a que hace frente la mujer rural y el importante papel que desempeña en la supervivencia económica de su familia, incluido su trabajo en los sectores no monetarios de la economía, y tomarán todas las medidas apropiadas para asegurar la aplicación de las disposiciones de la presente Convención a la mujer en las zonas rurales.

2. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales a fin de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, su participación en el desarrollo rural y en sus beneficios, y en particular le asegurarán el derecho a: (...)

b) Tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia; (...)

h) Gozar de condiciones de vida adecuadas, particularmente en las esferas de la vivienda, los servicios sanitarios, la electricidad y el abastecimiento de agua, el transporte y las comunicaciones.

● Artículo 16: 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres: (...)

e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos;

(...)

● **Convención sobre los Derechos de Niñas y Niños (CDNN)**

Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990.

● **Artículo 1:** Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niña y niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Artículo 2: 1. Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niña y niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición de la niña o el niño, de sus padres o de sus representantes legales (...)

● **Artículo 4:** Los Estados Partes adoptarán todas las medidas administrativas, legislativas y de otra índole para dar efectividad a los derechos reconocidos en la presente Convención. En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan y, cuando sea necesario, dentro del marco de la cooperación internacional.

(...)

Art. 16: Derecho a la intimidad y privacidad

1. Ningún niño será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia ni de ataques ilegales a su honra y a su reputación.

2. El niño tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o ataques.

● **Artículo 19:**

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger a la niña o el niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o

explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos a la niña o al niño y, según corresponda, la intervención judicial.

(...)

● Artículo 24

1. Los Estados Partes reconocen el derecho de la niña y del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño o niña sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

2. Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para:

a) Reducir la mortalidad infantil y en la niñez;

b) Asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todas las niñas y los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud...

(...)

d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;

e) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y las niñas y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;

f) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la

educación y servicios en materia de planificación de la familia.

3. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de las niñas y los niños...

- Artículo 25: Los Estados Partes reconocen el derecho de la niña y del niño que ha sido internado en un establecimiento por las autoridades competentes para los fines de atención, protección o tratamiento de su salud física o mental a un examen periódico del tratamiento a que esté sometido y de todas las demás circunstancias propias de su internación.

(...)

- Artículo 37: Los Estados Partes velarán porque:

- a) Ningún niño o niña sea sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes...

(...)

- Artículo 39: Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niña o niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad de la niña y del niño.

(...)

- **Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CCT)**

Adoptada y abierta a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 39/46, de 10 de diciembre de 1984. Entrada en vigor: 26 de junio de 1987.

Los Estados Partes en la presente Convención,

Considerando que, de conformidad con los principios proclamados en la Carta de las Naciones Unidas, el reconocimiento de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana es la base de la libertad, la justicia y la paz en el mundo,

Reconociendo que estos derechos emanan de la dignidad inherente de la persona humana,

Considerando la obligación que incumbe a los Estados en virtud de la Carta, en particular del Artículo 55, de promover el respeto universal y la observancia de los derechos humanos y las libertades fundamentales,

Teniendo en cuenta el artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos y el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que proclaman que nadie será sometido a tortura ni a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes,

Teniendo en cuenta asimismo la Declaración sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, aprobada por la Asamblea General el 9 de diciembre de 1975,

Deseando hacer más eficaz la lucha contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes en todo el mundo,

Han convenido en lo siguiente:

- Artículo 1: A los efectos de la presente Convención, se entenderá por el término “tortura” todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales, con el fin de obtener de ella o de un tercero información o una confesión, de castigarla por un acto que haya cometido, o se sospeche que ha cometido, o de intimidar o coaccionar a esa persona o a otras, o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación, cuando dichos dolores o sufrimientos sean infligidos por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones públicas, a instigación suya, o con su consentimiento o aquiescencia. No se considerarán torturas los dolores o sufrimientos que sean consecuencia únicamente de sanciones legítimas, o que sean inherentes o incidentales a éstas...

(...)

- **Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad**

Aprobada por la Asamblea General de la ONU el 6 de diciembre de 2006, (A/61/611) y puesta a la firma de los Estados Partes el 30 de marzo de 2007, junto a su Protocolo Opcional

- Artículo 1: Propósito

El propósito de la presente Convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente.

Las personas con discapacidad incluyen a aquéllas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Definiciones

A los fines de la presente Convención:

(...)

Por “discriminación por motivos de discapacidad” se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables;

Por “ajustes razonables” se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales;

Por “diseño universal” se entenderá el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas, en la mayor medida posible, sin necesidad de adaptación ni diseño especializado. El “diseño universal” no excluirá las ayudas técnicas para grupos particulares de personas con discapacidad, cuando

se necesiten.

- **Artículo 6: Mujeres con discapacidad**

1. Los Estados Partes reconocen que las mujeres y niñas con discapacidad están sujetas a múltiples formas de discriminación y, a ese respecto, adoptarán medidas para asegurar que puedan disfrutar plenamente y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para asegurar el pleno desarrollo, adelanto y potenciación de la mujer, con el propósito de garantizarle el ejercicio y goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales establecidos en la presente Convención.

(...)

- **Artículo 15: Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes**

1. Ninguna persona será sometida a tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido a experimentos médicos o científicos sin su libre consentimiento.

2. Los Estados Partes tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole que sean efectivas para evitar que las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

- **Artículo 16: Protección contra la explotación, la violencia y el abuso.**

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, social, educativo y de otra índole que sean pertinentes para proteger a las personas con discapacidad, tanto en el seno del hogar como fuera de él, contra todas las formas de explotación, violencia y abuso, incluidos los aspectos relacionados con el género.

2. Los Estados Partes también adoptarán todas las medidas pertinentes para impedir cualquier forma de explotación, violencia y abuso asegurando, entre otras cosas, que existan formas adecuadas de asistencia y apoyo que tengan en cuenta el género y la edad para las personas con discapacidad y sus familiares y cuidadores, incluso proporcionando información y educación sobre la manera de prevenir, reconocer y

denunciar los casos de explotación, violencia y abuso. Los Estados Partes asegurarán que los servicios de protección tengan en cuenta la edad, el género y la discapacidad.

3. A fin de impedir que se produzcan casos de explotación, violencia y abuso, los Estados Partes asegurarán que todos los servicios y programas diseñados para servir a las personas con discapacidad sean supervisados efectivamente por autoridades independientes.

4. Los Estados Partes tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las personas con discapacidad que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad.

5. Los Estados Partes adoptarán legislación y políticas efectivas, incluidas legislación y políticas centradas en la mujer y en la infancia, para asegurar que los casos de explotación, violencia y abuso contra personas con discapacidad sean detectados, investigados y, en su caso, juzgados.

- **Artículo 17: Protección de la integridad personal**

Toda persona con discapacidad tiene derecho a que se respete su integridad física y mental en igualdad de condiciones con las demás.

- **Artículo 22: Respeto de la privacidad**

1. Ninguna persona con discapacidad, independientemente de cuál sea su lugar de residencia o su modalidad de convivencia, será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, familia, hogar, correspondencia o cualquier otro tipo de comunicación, o de agresiones ilícitas contra su honor y su reputación. Las personas con discapacidad tendrán derecho a ser protegidas por la ley frente a dichas injerencias o agresiones.

2. Los Estados Partes protegerán la privacidad de la información personal y relativa a la salud y a la rehabilitación de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.

- **Artículo 23: Respeto del hogar y de la familia**

1. Los Estados Partes tomarán medidas efectivas y pertinentes para poner fin a la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las cuestiones relacionadas con el matrimonio, la familia, la paternidad y las relaciones personales, y lograr que las personas con discapacidad estén en igualdad de condiciones con las demás, a fin de asegurar que:

a) Se reconozca el derecho de todas las personas con discapacidad en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges;

b) Se respete el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos;

c) Las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.

(...)

- **Artículo 25: Salud**

1. Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

a. Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva y programas de salud pública dirigidos a la población;

(...)

2.2. Documentos de Conferencias de Naciones Unidas

- Plan de Acción de El Cairo

(Surgido de la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo, Egipto, del 5 a 13 de septiembre de 1994.)

(...)

Capítulo VII

DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA*

“7.1. A. Derechos reproductivos y salud reproductiva.

Bases para la acción

7.2. La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

7.3. Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos

pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada.

7.4. La aplicación del presente Programa de Acción debe orientarse por esta definición amplia de salud reproductiva, que incluye la salud sexual.

Objetivos

7.5. Los objetivos son:

a) Asegurar el acceso a información amplia y fáctica y a una gama completa de servicios de salud reproductiva, incluida la planificación de la familia, que sean accesibles, asequibles y aceptables para todos los usuarios;

b) Propiciar y apoyar decisiones responsables y voluntarias sobre la procreación y sobre métodos libremente elegidos de planificación de la familia, así como sobre otros métodos que puedan elegirse para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y asegurar el acceso a la información, la educación y los medios necesarios;

c) Atender a las necesidades cambiantes en materia de salud reproductiva durante todo el ciclo vital, de un modo que respete la diversidad de circunstancias de las comunidades locales.

Medidas

7.6. Mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse porque la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015. La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular para la lactancia materna y la atención de la salud materno infantil, prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad; interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias; tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva; e información, educación y asesoramiento, según sea apropiado, sobre sexualidad humana, la salud reproductiva y paternidad responsable. Se debería disponer en todos los casos de sistemas de remisión a servicios de planificación de la familia y de diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el aborto, la infertilidad, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer de mama y del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA. La disuasión activa de prácticas peligrosas como la mutilación genital de las mujeres, también debería formar parte de los programas de atención de la salud reproductiva.

7.7. Se deberían preparar programas de atención de la salud reproductiva para atender a las necesidades de las mujeres y las adolescentes en las que entrañen la participación de la mujer en la dirección, la planificación, la adopción de decisiones, la gestión, la ejecución, la organización y la evaluación de los servicios. Los gobiernos y otras organizaciones deberían adoptar medidas activas para hacer que las mujeres estén incluidas en todos los niveles del sistema de atención de la salud.

7.8. Se deberían elaborar programas innovadores para que todos los adolescentes y los hombres adultos tengan acceso a información, asesoramiento y servicios de salud reproductiva. Esos programas deben educar y facultar al hombre para que comparta por igual las responsabilidades de la planificación de la familia y las labores domésticas y de crianza de los hijos y acepte la responsabilidad de prevenir las enfermedades de transmisión sexual. Los programas deberían llegar al hombre en su trabajo, en el hogar y en los lugares de esparcimiento. Con el apoyo y la orientación de los padres, y de conformidad con la Convención sobre los Derechos del Niño, se debería llegar también a los muchachos y adolescentes en las escuelas, las organizaciones juveniles y los lugares donde se reúnan. Acompañados de la información y el asesoramiento necesarios, se deberían promover y hacer accesibles métodos de contracepción masculina voluntarios y adecuados, así como métodos encaminados a prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA.

(...)

7.10. Sin comprometer el apoyo internacional a los programas de los países en desarrollo, la comunidad internacional debería, cuando se le solicite, examinar las necesidades de capacitación, asistencia técnica y suministro de anticonceptivos a corto plazo de los países que están pasando de una economía de administración centralizada a una economía de mercado, donde la salud reproductiva es deficiente y en algunos casos está empeorando. Al mismo tiempo, esos países deberían dar más prioridad a los servicios de salud reproductiva, incluida una amplia gama de medios anticonceptivos, y deberían encarar la práctica actual de recurrir al aborto para la regulación de la fecundidad mediante la satisfacción de la necesidad de las mujeres de esos países de contar con mejor información y más opciones.

7.11. Los inmigrantes y las personas desplazadas en muchas partes del mundo tienen un acceso limitado a la atención de la salud reproductiva y pueden estar expuestos a graves riesgos para su salud y sus derechos reproductivos. Los servicios deben ser especialmente sensibles a las necesidades de cada mujer y cada adolescente y tener en cuenta su situación, muchas veces de impotencia, prestando particular atención a las que son víctimas de violencia sexual.

B. Planificación de la familia

Bases para la acción

7.12. El propósito de los programas de planificación de la familia debe ser permitir a las parejas y las personas decidir de manera libre y responsable el número y el

espaciamiento de sus hijos y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose de que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición una gama completa de métodos seguros y eficaces. El éxito de los programas de educación sobre cuestiones de población y planificación de la familia en diversas situaciones demuestra que, dondequiera que estén, las personas bien informadas actuarán responsablemente de acuerdo con sus propias necesidades y las de su familia y comunidad. El principio de la libre elección basada en una buena información es indispensable para el éxito a largo plazo de los programas de planificación de la familia. No puede haber ninguna forma de coacción. En todas las sociedades hay numerosos incentivos e impedimentos sociales y económicos que influyen en las decisiones sobre la procreación y el número de hijos. En este siglo, muchos gobiernos han ensayado el uso de sistemas de incentivos y desincentivos a fin de disminuir o elevar la fecundidad. La mayoría de esos sistemas apenas han repercutido en la fecundidad y en algunos casos han sido contraproducentes. Los objetivos gubernamentales de planificación de la familia deberían definirse en función de las necesidades insatisfechas de información y servicios. Los objetivos demográficos, aunque sean un propósito legítimo de las estrategias estatales de desarrollo, no deberían imponerse a los proveedores de servicios de planificación de la familia en forma de metas o de cuotas para conseguir clientes.

(...)

Objetivos

7.14 Los objetivos son:

a) Ayudar a las parejas y a las personas a alcanzar sus objetivos de procreación en un marco que favorezca condiciones óptimas de salud, responsabilidad y bienestar de la familia, y que respete la dignidad de todas las personas y su derecho a elegir el número de hijos, su espaciamiento y el momento de su nacimiento;

b) Prevenir los embarazos no deseados y reducir la incidencia de los embarazos de alto riesgo y la morbilidad y mortalidad;

c) Poner servicios de planificación de la familia de buena calidad y aceptables al alcance y disposición de cuantos los necesitan y desean, manteniendo su carácter confidencial;

d) Mejorar la calidad de los servicios de asesoramiento, información, educación

y comunicaciones en materia de planificación de la familia;

e) Lograr que los hombres participen más y asuman una mayor responsabilidad práctica en la planificación de la familia;

f) Promover la lactancia materna para favorecer el espaciamiento de los nacimientos.

Medidas

7.15 Los gobiernos y la comunidad internacional deberían utilizar todos los medios de que disponen para apoyar el principio de la libertad de elección en la planificación de la familia.

7.16 Todos los países deberían, en el curso de los próximos años, evaluar la magnitud de las necesidades nacionales no atendidas de servicios de planificación de la familia de buena calidad y su integración en el contexto de la salud reproductiva, prestando especial atención a los grupos más vulnerables y desatendidos de la población. Todos los países deberían adoptar medidas para satisfacer las necesidades de planificación de la familia de su población lo antes posible, en todo caso para el año 2015, y deberían tratar de proporcionar acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación de la familia y a servicios conexos de salud reproductiva que no estén legalmente permitidos. El objetivo sería ayudar a las parejas y a los individuos a alcanzar sus objetivos de procreación y brindarles todas las oportunidades de ejercer su derecho a tener hijos por elección.

7.17 Se insta a los gobiernos, a todos los niveles, a que implanten sistemas de supervisión y evaluación de servicios orientados hacia el usuario, con miras a detectar, prevenir y controlar abusos por parte de los directores y proveedores de los servicios de planificación de la familia y a asegurar el mejoramiento constante de la calidad de los servicios. Con este fin, los gobiernos deberían garantizar la conformidad con los derechos humanos y la observancia de las normas éticas y profesionales en la prestación de los servicios de planificación de la familia y otros servicios conexos de salud reproductiva con el fin de asegurar el consentimiento responsable, voluntario e informado y también con respecto a la prestación de los servicios. Deberían proporcionarse técnicas de fecundación in vitro de conformidad con directrices éticas y normas médicas apropiadas.

7.18 Las organizaciones no gubernamentales deberían desempeñar un papel activo en la movilización del apoyo de la comunidad y la familia, contribuir al aumento de la accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud reproductiva, incluida la

planificación de la familia y cooperar con los gobiernos en el proceso de preparación y prestación de la atención, sobre la base de la elección bien informada, y deberían ayudar a supervisar los programas de los sectores público y privado, incluidos los suyos propios.

7.19 Como parte del esfuerzo encaminado a satisfacer las necesidades no atendidas, todos los países deberían tratar de individualizar y eliminar todas las barreras importantes que todavía existan para la utilización de los servicios de planificación de la familia. Algunas de estas barreras se relacionan con la insuficiencia, mala calidad y alto costo de los servicios de planificación de la familia existentes. Las organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales de planificación de la familia deberían plantearse como objetivo eliminar todas las barreras relacionadas con programas que impiden la aplicación de la planificación de la familia para el año 2005 mediante el nuevo diseño o la ampliación de la información y de los servicios y otros métodos a fin de aumentar las posibilidades de las parejas y de las personas de adoptar decisiones libres e informadas sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y el momento de su nacimiento y para protegerse de las enfermedades de transmisión sexual.

7.20 Específicamente, los gobiernos deberían obrar de modo que resultara más fácil para las parejas y las personas asumir la responsabilidad de su propia salud reproductiva eliminando las barreras legales, médicas, clínicas y reglamentarias innecesarias a la información y al acceso a los servicios y métodos de planificación de la familia.

(...)

7.23 En los años venideros, todos los programas de planificación de la familia deben esforzarse de modo significativo por mejorar la calidad de la atención. Entre otras medidas, los programas deberían:

a) Reconocer que los métodos apropiados para las parejas y las personas varían según la edad, el número de partos, el tamaño de la familia, la preferencia y otros factores, y velar porque mujeres y hombres tengan información sobre la mayor gama posible de métodos inocuos y eficaces de planificación de la familia y acceso a ellos, para que puedan tomar decisiones libres y bien informadas;

b) Proporcionar información accesible, completa y precisa sobre los diversos métodos de planificación de la familia, que incluya sus riesgos y beneficios para la salud, los posibles efectos secundarios y su eficacia para prevenir la propagación del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual;

c) Hacer que los servicios sean más seguros, asequibles y accesibles para el usuario y velar, mediante sistemas logístico mejorados, por un suministro suficiente y continuo de productos anticonceptivos esenciales de alta calidad. Se debería asegurar la confidencialidad;

d) Ampliar y mejorar la capacitación formal e informal en atención de la salud reproductiva y planificación de la familia de todos los proveedores de atención sanitaria, instructores y administradores de salud, incluida la capacitación en comunicaciones y orientación interpersonal;

e) Asegurar una atención complementaria adecuada, incluido el tratamiento de los efectos secundarios de la utilización de anticonceptivos;

f) Asegurar la disponibilidad local de servicios conexos de salud reproductiva o el establecimiento de procedimientos de remisión adecuados;

g) Además de las medidas cuantitativas de los resultados, dar mayor importancia a las medidas cualitativas que tienen en cuenta las perspectivas de los usuarios actuales y posibles de los servicios, a través de medios como los sistemas eficaces de información para la gestión y las técnicas de encuesta para la evaluación oportuna de los servicios;

h) Los programas de planificación de la familia y salud reproductiva deberían hacer hincapié en la lactancia materna y en los servicios de apoyo que pueden contribuir a la vez al espaciamiento de los nacimientos, a la mejora de la salud de la madre y del hijo y al descenso de la mortalidad infantil.

7.24. Los gobiernos deberían tomar medidas oportunas para ayudar a las mujeres a evitar el aborto, que en ningún caso debería promoverse como método de planificación de la familia, y proporcionar en todos los casos un trato humanitario y orientación a las mujeres que han recurrido al aborto.

(...)

7.26. La prestación de servicios de salud reproductiva no debería limitarse al sector público sino que debería también incluir al sector privado y las organizaciones no

gubernamentales, de acuerdo con las necesidades y recursos de sus comunidades, y también, llegado el caso, estrategias eficaces para la recuperación de los costos y la prestación de servicios, incluida la comercialización de asuntos sociales y los servicios basados en la comunidad. Se deberían hacer esfuerzos especiales por mejorar la accesibilidad a través de servicios de divulgación.

C. Enfermedades de transmisión sexual y prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH)

Bases para la acción

Objetivo (...)

Medidas

7.30 Los programas de salud reproductiva deberían intensificar sus esfuerzos de prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y de otras infecciones del aparato reproductivo, especialmente al nivel de atención primaria. Se deberían hacer esfuerzos especiales para llegar hasta quienes no tienen acceso a los programas de atención de la salud reproductiva.

7.31 Todos los proveedores de servicios de salud, incluidos los que se ocupan de la planificación de la familia, deberían recibir formación especializada sobre la prevención y el diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual y sobre la prestación de servicios de asesoramiento a ese respecto, en particular en relación con las infecciones que afectan a las mujeres y los jóvenes, incluido el VIH/SIDA.

7.32 La información, educación y orientación sobre una conducta sexual responsable y sobre la prevención eficaz de las enfermedades de transmisión sexual incluido el VIH deberían formar parte de todos los servicios de atención de la salud reproductiva.

7.33 La promoción y el suministro y la distribución fiables de preservativos de buena calidad deberían convertirse en elementos integrantes de los servicios de atención de la salud reproductiva. Todas las organizaciones internacionales pertinentes, especialmente la Organización Mundial de la Salud, deberían aumentar considerablemente su adquisición de preservativos. Los gobiernos y la comunidad internacional deberían proporcionar todos los medios necesarios para reducir la propagación y la tasa de transmisión de la infección con el VIH/SIDA.

(...)

D. Sexualidad humana y relaciones entre los sexos

Bases para la acción

7.34 La sexualidad humana y las relaciones entre los sexos están estrechamente vinculadas e influyen conjuntamente en la capacidad del hombre y la mujer de lograr y mantener la salud sexual y regular su fecundidad. La relación de igualdad entre hombres y mujeres en la esfera de las relaciones sexuales y la procreación, incluido el pleno respeto de la integridad física del cuerpo humano exige el respeto mutuo y la voluntad de asumir la responsabilidad personal de las consecuencias de la conducta sexual. La conducta sexual responsable, la sensibilidad y la equidad en las relaciones entre los sexos, particularmente cuando se inculca durante los años formativos, favorecen y promueven las relaciones de respeto y armonía entre el hombre y la mujer.

7.35 La violencia contra la mujer, en particular la violencia doméstica y la violación, están sumamente extendidas y cada vez son más las mujeres expuestas al SIDA y a otras enfermedades de transmisión sexual como resultado de la conducta sexual imprudente de sus parejas. En varios países, las prácticas tradicionales encaminadas a controlar la sexualidad de la mujer han sido causa de grandes sufrimientos. Entre ellas se encuentra la práctica de la mutilación de los genitales femeninos, que constituye una violación de derechos fundamentales y un riesgo que afecta a las mujeres en su salud reproductiva durante toda la vida.

Objetivos

7.36 Los objetivos son:

a) Promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos y contribuya a mejorar la calidad de la vida de las personas;

b) Velar porque el hombre y la mujer tengan acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para lograr una buena salud sexual y ejercer sus derechos y responsabilidades en lo tocante a la procreación.

Medidas

7.37. Se debería prestar apoyo a actividades y servicios en materia de educación sexual integrada para los jóvenes, con la asistencia y orientación de sus padres y en consonancia con la Convención sobre los Derechos del Niño, y hacer hincapié en la

responsabilidad de los varones en cuanto a su propia salud sexual y su fecundidad, ayudándoles a ejercer esa responsabilidad. Las actividades educacionales deberán comenzar en la unidad familiar, la comunidad y las escuelas a una edad apropiada, pero también deberán abarcar a los adultos, en particular a los hombres, a través de la enseñanza no académica y mediante diversas actividades con base en la comunidad.

7.38 En vista de la necesidad urgente de evitar los embarazos no deseados, de la rápida propagación del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, y de la prevalencia de la violencia y el abuso sexuales, los gobiernos deberían formular las políticas nacionales sobre la base de una mejor comprensión de la necesidad de una sexualidad humana responsable y de las realidades actuales en cuanto al comportamiento sexual.

7.39 Debería alentarse y apoyarse, por medio de programas educativos a nivel nacional y de la comunidad, el debate activo y abierto acerca de la necesidad de proteger a las mujeres, los jóvenes y los niños contra todo tipo de abusos, inclusive el abuso sexual, la explotación, el tráfico para fines sexuales y la violencia. Los gobiernos deberían establecer las condiciones y procedimientos necesarios para alentar a las víctimas a comunicar toda violación de sus derechos. Deberían promulgarse cuando no existan, difundirse en forma explícita, reforzarse y aplicarse leyes encaminadas para hacer frente a esos problemas, y deberían proporcionarse servicios apropiados de rehabilitación. Los gobiernos también deberían prohibir la producción y el comercio de material pornográfico infantil.

7.40 Los gobiernos y las comunidades deberían adoptar con carácter urgente medidas para poner fin a la práctica de la mutilación genital de la mujer y proteger a las mujeres y niñas contra todas las prácticas peligrosas de esa índole. Las medidas encaminadas a eliminar esa práctica deberían incluir programas eficaces de divulgación en la comunidad, en los que participen los dirigentes religiosos y locales, y que incluyan educación y orientación acerca de sus efectos sobre la salud de las niñas y mujeres, así como tratamiento y la rehabilitación apropiados para las que hayan sufrido una mutilación. Los servicios deberían incluir la orientación de las mujeres y los hombres con miras a desalentar dicha práctica.

E. Los adolescentes

Bases para la acción

7.41 Hasta ahora los servicios de salud reproductiva existentes han descuidado en gran parte las necesidades en esta esfera de los adolescentes como grupo. La respuesta

de las sociedades a las crecientes necesidades de salud reproductiva de los adolescentes debería basarse en información que ayude a éstos a alcanzar el grado de madurez necesario para adoptar decisiones en forma responsable. En particular, deberían facilitarse a los adolescentes información y servicios que les ayudaran a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infecundidad. Ello debería combinarse con la educación de los hombres jóvenes para que respeten la libre determinación de las mujeres y compartan con ellas la responsabilidad en lo tocante a la sexualidad y la procreación.

(...)

7.43 En muchas sociedades, los adolescentes se ven sometidos a presiones para tener relaciones sexuales. Las jóvenes, en particular las adolescentes de familias de bajos ingresos, son especialmente vulnerables. Los adolescentes sexualmente activos de ambos sexos se exponen a un riesgo cada vez mayor de contraer y propagar enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y suelen estar mal informados sobre la forma de protegerse. Se ha demostrado que los programas para adolescentes tienen una eficacia máxima cuando consiguen su plena participación en la definición de sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva y en la elaboración de programas que respondan a esas necesidades.

Objetivos

7.44 Los objetivos son:

a) Abordar las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria y la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento claramente apropiados para ese grupo de edad;

b) Reducir sustancialmente todos los embarazos de adolescentes.

Medidas

7.45 Reconociendo los derechos y responsabilidades de los padres y otras personas legalmente responsables de los adolescentes de dar a éstos, de una manera coherente con la capacidad en evolución de los adolescentes, orientación y guía apropiadas

en cuestiones sexuales y reproductivas, los países deben asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesiten, incluso información sobre enfermedades de transmisión sexual y sobre abusos sexuales. Al hacerlo, y con el fin de hacer frente, entre otras cosas, a los abusos sexuales, esos servicios deben salvaguardar los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta, y respetar los valores culturales y las creencias religiosas. En este contexto, los países deberían eliminar, cuando correspondiera, los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva a los adolescentes.

7.46 Los países, con la asistencia de la comunidad internacional, deberían proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de la salud reproductiva, y reducir considerablemente el número de embarazos entre las adolescentes.

7.47 Se exhorta a los gobiernos a que, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, atiendan las necesidades especiales de los adolescentes y establezcan programas apropiados para responder a ellas. Esos programas deben incluir mecanismos de apoyo para la enseñanza y orientación de los adolescentes en las esferas de las relaciones y la igualdad entre los sexos, la violencia contra los adolescentes, la conducta sexual responsable, la planificación responsable de la familia, la vida familiar, la salud reproductiva, las enfermedades de transmisión sexual, la infección por el VIH y la prevención del SIDA. Deberían establecerse programas para la prevención y el tratamiento de los casos de abuso sexual y de incesto, así como otros servicios de salud reproductiva. Esos programas deberían facilitar información a los adolescentes y hacer un esfuerzo consciente para consolidar valores sociales y culturales positivos. Los adolescentes sexualmente activos requerirán información, orientación y servicios especiales en materia de planificación de la familia, y las adolescentes que queden embarazadas necesitarán apoyo especial de sus familias y de la comunidad durante el embarazo y para el cuidado de sus hijos. Los adolescentes deben participar plenamente en la planificación, la prestación y la evaluación de la información y los servicios, teniendo debidamente en cuenta la orientación y las responsabilidades de los padres.

7.48 Los programas deberían llegar y capacitar a todas las personas que estén en condiciones de dar orientación a los adolescentes en relación con un comportamiento sexual y reproductivo responsable, en particular los padres y las familias, así como

las comunidades, las instituciones religiosas, las escuelas, los medios de información, y los grupos de la misma edad e intereses. Los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales deberían promover programas encaminados a instruir a los padres a fin de mejorar la interacción de éstos con sus hijos y permitirles cumplir mejor sus deberes educativos en apoyo del proceso de maduración de sus hijos, sobre todo en las esferas de la conducta sexual y la salud reproductiva.

C. Salud de la mujer y la maternidad sin riesgo.

Bases para la acción

8.19 Las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto figuran entre las principales causas de mortalidad de las mujeres en edad de procrear en muchas partes del mundo en desarrollo. A nivel mundial, se ha estimado que alrededor de medio millón de mujeres fallece cada año por causas relacionadas con el embarazo, el 99% de ellas en países en desarrollo. La diferencia entre la mortalidad materna de las regiones desarrolladas y las regiones en desarrollo es grande: en 1988 las cifras variaban de más de 700 por 100.000 nacidos vivos en los países menos adelantados a 26 por 100.000 en las regiones desarrolladas. Se han comunicado tasas de 1.000 o más fallecimientos de la madre por 100.000 nacidos vivos en varias zonas rurales de África, lo que representa un alto riesgo de fallecimiento durante los años de procreación para las mujeres con múltiples embarazos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el riesgo de muerte por causas relacionadas con el embarazo o el parto es de uno en 20 en los países en desarrollo, en comparación con uno en 10.000 en algunos países desarrollados. La edad a la que las mujeres empiezan a tener hijos o dejan de tenerlos, el intervalo entre los nacimientos, el número total de embarazos a lo largo de la vida y las circunstancias socioculturales y económicas en que viven las mujeres son factores que influyen en la morbilidad y mortalidad maternas. En la actualidad, aproximadamente el 90% de los países del mundo, que representan el 96% de la población mundial, tienen políticas que permiten el aborto en diversas situaciones jurídicas para salvar la vida de la mujer. Sin embargo, una proporción significativa de los abortos son inducidos por las propias mujeres o se efectúan en malas condiciones, y son la causa de un gran porcentaje de los fallecimientos de las madres o de lesiones permanentes en las mujeres afectadas. El fallecimiento de la madre puede tener muy graves consecuencias para la familia, dado el papel decisivo que desempeña la mujer en la salud y el bienestar de sus hijos. El fallecimiento de la madre hace que aumenten enormemente los riesgos para la supervivencia de los hijos pequeños, especialmente si la familia no está en condiciones de encontrar a otra persona que asuma el papel

materno. Una mayor atención a las necesidades de salud reproductiva de las jóvenes adolescentes y las mujeres jóvenes podría reducir notablemente la morbilidad y mortalidad maternas mediante la prevención de los embarazos no deseados y de los abortos posteriores realizados en condiciones deficientes. La maternidad sin riesgo, ha sido aceptada en muchos países como estrategia para reducir la morbilidad y mortalidad maternas.

(...)

Medidas

8.21 Los países deberían tratar de lograr reducciones significativas de la mortalidad materna para el año 2015: una reducción de la mortalidad materna a la mitad de los niveles de 1990 para el año 2000 y una nueva reducción a la mitad para el año 2015. El logro de esas metas tendrá distintas repercusiones para los países según sus niveles de mortalidad materna en 1990. Los países con niveles intermedios de mortalidad materna deberían esforzarse por conseguir que para el año 2005 la tasa de mortalidad materna esté por debajo de 100 por 100.000 nacidos vivos y para el año 2015 por debajo de 60 por 100.000 nacidos vivos. Los países con los niveles más elevados de mortalidad deberían tratar de conseguir para el año 2005 una tasa de mortalidad materna inferior a 125 por 100.000 nacidos vivos y para el año 2015 una tasa inferior a 75 por 100.000 nacidos vivos. Ahora bien, todos los países deberían tratar de reducir la morbilidad y mortalidad maternas hasta niveles en que ya no constituyan un problema de salud pública. Deberían reducirse las disparidades en la mortalidad materna dentro de los países y entre las regiones geográficas y los grupos socioeconómicos y étnicos.

8.22 Todos los países, con apoyo de todos los sectores de la comunidad internacional, deberían aumentar la prestación de servicios de maternidad en el marco de la atención primaria de la salud. Estos servicios, basados en el concepto de la elección basada en una información correcta, deberían incluir la educación sobre la maternidad sin riesgo, cuidados prenatales coordinados y eficaces, programas de nutrición materna; asistencia adecuada en los partos evitando el recurso excesivo a las operaciones cesáreas y prestando atención obstétrica de emergencia; servicios de remisión en los casos de complicaciones en el embarazo, el parto y el aborto, atención prenatal y planificación de la familia. Todos los nacimientos deberían contar con la asistencia de personas capacitadas, de preferencia enfermeras y parteras, pero al menos comadronas capacitadas. Deberían determinarse las causas subyacentes de la morbilidad y mortalidad maternas y se debería prestar atención a la elaboración de estrategias para eliminarlas y para desarrollar mecanismos de evaluación y

supervisión adecuados, a fin de evaluar los progresos logrados en la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas y de aumentar la eficacia de los programas en marcha. Deberían elaborarse programas y cursos educativos para lograr el apoyo de los varones a las actividades destinadas a asegurar la salud de las madres y la maternidad sin riesgo.

8.23 Todos los países, y en especial los países en desarrollo, con el apoyo de la comunidad internacional, deberían tratar de reducir todavía más la mortalidad materna adoptando medidas para impedir, detectar y tratar los embarazos y nacimientos de alto riesgo, en particular entre las adolescentes y las parturientas de más edad.

8.24 Todos los países deberían elaborar y aplicar programas especiales para atender las necesidades nutricionales de las mujeres en edad de procrear, especialmente las embarazadas o lactantes, y deberían prestar especial atención a la prevención y el tratamiento de la anemia debida a la mala nutrición y de los desórdenes causados por la deficiencia de yodo. Debería concederse prioridad al mejoramiento de la situación de nutrición y de salud de las mujeres jóvenes, mediante actividades de educación y capacitación, como parte de los programas de salud materna y maternidad sin riesgo. Los adolescentes de ambos sexos deberían recibir información, educación y asesoramiento que les ayudara a retrasar la formación temprana de una familia, la actividad sexual prematura y el primer embarazo.

8.25 En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Se debe asignar siempre máxima prioridad a la prevención de los embarazos no deseados y habría que hacer todo lo posible por eliminar la necesidad del aborto. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de

los abortos.

8.26 Los programas destinados a reducir la morbilidad y mortalidad maternas deberían incluir información y servicios de salud reproductiva, incluidos servicios de planificación de la familia. A fin de reducir los embarazos de alto riesgo, los programas de salud materna y maternidad sin riesgo deberían incluir asesoramiento e información sobre planificación de la familia.

8.27 Todos los países deben procurar con urgencia modificar el comportamiento sexual de alto riesgo y elaborar estrategias para que los varones compartan la responsabilidad en la salud reproductiva y sexual, incluida la planificación de la familia, y para impedir y controlar las enfermedades transmitidas por contacto sexual, la infección con el VIH y el SIDA.

D. El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

Bases para la acción

(...)

Objetivos

8.29 Los objetivos son:

a) Impedir y reducir la difusión de la infección con el VIH y minimizar sus consecuencias; aumentar el conocimiento de las consecuencias desastrosas de la infección con el VIH y el SIDA y de las enfermedades mortales conexas, tanto a nivel individual como de la comunidad y nacional, y aumentar también el conocimiento de los medios para prevenirlas; corregir las injusticias sociales, económicas, por razón de sexo y raciales que aumentan la vulnerabilidad a la enfermedad;

b) Asegurar que las personas infectadas con el VIH reciban atención médica adecuada y no sean objeto de discriminación; dar asesoramiento y apoyo a las personas infectadas con el VIH y aliviar el sufrimiento de las personas que viven con el SIDA y de sus familiares, especialmente los huérfanos; asegurar el respeto de los derechos individuales y la confidencialidad de las personas infectadas con el VIH; asegurar que los programas de salud reproductiva y sexual se ocupen de la infección con el VIH y del SIDA;

c) Intensificar las investigaciones sobre métodos de lucha contra la pandemia del VIH y el SIDA y sobre un tratamiento eficaz para la enfermedad.

Medidas

8.30 Los gobiernos deberían evaluar las repercusiones demográficas y sobre el desarrollo de la infección con el VIH y del SIDA. La pandemia del SIDA debería controlarse mediante un enfoque multisectorial en que se prestara suficiente atención a sus ramificaciones socioeconómicas, incluida la pesada carga que impone a la infraestructura sanitaria y los ingresos de los hogares, su efecto negativo sobre la fuerza de trabajo y la productividad y el aumento del número de niños huérfanos. Los planes y estrategias nacionales multisectoriales para hacer frente al SIDA deberían integrarse en las estrategias de población y desarrollo. Deberían investigarse los factores socioeconómicos subyacentes en la difusión de la infección con el VIH, y deberían elaborarse programas para tratar los problemas de los que han quedado huérfanos a raíz de la pandemia del SIDA.

8.31 En los programas para reducir la difusión de la infección con el VIH debería darse alta prioridad a las campañas de información, educación y comunicaciones encaminadas a aumentar la conciencia y hacer hincapié en la modificación del comportamiento. Debería proporcionarse educación e información sexual tanto a los infectados como a los que no lo están, y en especial a los adolescentes. Los proveedores de servicios de salud, incluidos los que se ocupan de la planificación de la familia, necesitan recibir capacitación sobre formas de dar asesoramiento sobre enfermedades transmitidas por contacto sexual e infección con el VIH, incluida la evaluación e identificación de comportamientos de alto riesgo que requieren atención y servicios especiales; capacitación en la promoción de comportamientos sexuales responsables y sin riesgos, incluida la abstinencia voluntaria y el uso de preservativos; y capacitación para evitar el uso de equipo y productos sanguíneos contaminados, así como la práctica de compartir agujas entre los usuarios de drogas inyectables. Los gobiernos deberían elaborar directrices y crear servicios de asesoramiento sobre el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual como parte de los servicios de atención primaria de la salud. Siempre que sea posible, los programas de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, deberían abarcar servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades comunes transmitidas por contacto sexual, incluidas las infecciones del aparato reproductivo, reconociendo que muchas enfermedades sexualmente transmitidas aumentan el riesgo de contagio del VIH. Debería establecerse un nexo entre la prevención de la infección con el VIH y la prevención y el tratamiento de la tuberculosis.

8.34 Los gobiernos deberían elaborar políticas y directrices para eliminar la discriminación contra las personas infectadas con el VIH y proteger sus derechos y los de sus familias. Deberían reforzarse los servicios para detectar la infección con el VIH y velar por que se asegure la confidencialidad. Deberían elaborarse programas especiales para suministrar atención y prestar el apoyo emocional necesario a los hombres y mujeres afectados por el SIDA, y para aconsejar a sus familias y a las personas de su círculo íntimo.

8.35 Debería promocionarse e incluirse en los programas de educación e información el comportamiento sexual responsable, incluido la abstinencia sexual voluntaria, para prevenir la infección con el VIH. Deberían distribuirse ampliamente preservativos y medicamentos de bajo precio para la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, y estos artículos deberían incluirse en todas las listas de medicamentos esenciales. Deberían adoptarse medidas eficaces para controlar mejor la calidad de los productos sanguíneos y la descontaminación del equipo.

- **DECLARACIÓN de BEIJING y PLATAFORMA de ACCIÓN de Beijing**

(Firmada en la IV Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre las Mujeres reunida en Beijing, del 4 al 15 de septiembre de 1995).

- **Declaración de Beijing**

(...)

17. El reconocimiento explícito y la reafirmación del derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad, es básico para la potenciación de su papel;

Estamos decididos a:

(...)

30. Garantizar la igualdad de acceso y la igualdad de trato de hombres y mujeres en la educación y la atención de salud y promover la salud sexual y reproductiva de la mujer y su educación;

(...)

- **Plataforma de Acción**

(...)

11. El fin de la guerra fría ha acarreado cambios internacionales y una menor competencia entre las superpotencias. La amenaza de un conflicto armado mundial ha disminuido, las relaciones internacionales han mejorado y las perspectivas de paz han aumentado. Aunque la amenaza de un conflicto mundial se ha reducido, las guerras de agresión, los conflictos armados, la dominación colonial u otras formas de dominación foránea y de ocupación extranjera, las guerras civiles y el terrorismo siguen asolando muchas partes del mundo. Se cometen graves violaciones de los derechos humanos de las mujeres, en particular en épocas de conflicto armado, que incluyen el asesinato, la tortura, las violaciones sistemáticas, embarazos forzados y abortos forzados, en particular en lugares donde se aplican políticas de depuración étnica.

(...)

74. En buena medida sigue habiendo un sesgo de género en los programas de estudio y el material didáctico y rara vez se atiende a las necesidades especiales de las niñas y las mujeres. Esto refuerza las funciones tradicionales de la mujer y del hombre, y priva a éstas últimas de la oportunidad de participar en la sociedad plenamente y en condiciones de igualdad. La falta de sensibilidad de los educadores de todos los niveles respecto a las diferencias de género aumenta las desigualdades entre la mujer y el hombre al reforzar las tendencias discriminatorias y socavar la autoestima de las niñas. La falta de educación sexual y sobre la salud reproductiva tiene profundas repercusiones en la mujer y el hombre.

83.k.) Eliminar, en los programas de educación académica sobre las cuestiones relacionadas con la salud de la mujer, cuando proceda, las barreras legales y reglamentarias que se oponen a la enseñanza de cuestiones sexuales y de salud reproductiva;

l) Promover, con el apoyo de sus padres y en colaboración con el personal y las instituciones docentes, la elaboración de programas educativos para niñas y niños y la creación de servicios integrados, a fin de fomentar la comprensión de sus responsabilidades y ayudarles a asumir esas responsabilidades, teniendo en cuenta la importancia de esa educación y esos servicios para el desarrollo personal y la autoestima, así como la necesidad urgente de evitar los embarazos no deseados, la propagación de enfermedades transmitidas sexualmente, especialmente el VIH/SIDA, y fenómenos tales como la violencia y el abuso sexuales;

s) Eliminar todas las barreras que impiden el acceso a la educación académica de las muchachas embarazadas y las madres jóvenes y apoyar el suministro de servicios de guardería y otros servicios de apoyo, en los casos en que sean necesarios.

(...)

94. La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que

permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

95. Teniendo en cuenta la definición que antecede, los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad. La promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación de la familia. Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención, a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable. La salud reproductiva está fuera del alcance de muchas personas de todo el mundo a causa de factores como: los conocimientos insuficientes sobre la sexualidad humana y la información y los servicios insuficientes o de mala calidad en materia de salud reproductiva; la prevalencia de comportamientos sexuales de alto riesgo; las prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva. En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes. Las mujeres y los hombres de más edad tienen problemas especiales en materia de salud reproductiva, que no suelen encararse de manera adecuada.

96. Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual.

97. Además, la salud de la mujer está expuesta a riesgos particulares debidos a la inadecuación y a la falta de servicios para atender las necesidades relativas a la salud sexual y reproductiva. En muchas partes del mundo en desarrollo, las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto se cuentan entre las principales causas de mortalidad y morbilidad de las mujeres en edad reproductiva. Existen en cierta medida problemas similares en algunos países con economía en transición. El aborto en condiciones peligrosas pone en peligro la vida de un gran número de mujeres y representa un grave problema de salud pública, puesto que son las mujeres más pobres y jóvenes las que corren más riesgos. La mayoría de las muertes, problemas de salud y lesiones se pueden evitar, mejorando el acceso a servicios adecuados de atención de la salud, incluidos los métodos de planificación de la familia eficaces y sin riesgos y la atención obstétrica de emergencia, reconociendo el derecho de la mujer y del hombre a la información y al acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia, así como a otros métodos lícitos que decidan adoptar para el control de la fecundidad, y al acceso a servicios adecuados de atención de la salud que permitan que el embarazo y el parto transcurran en condiciones de seguridad y ofrezcan a las parejas las mayores posibilidades de tener un hijo sano. Habría que examinar estos problemas y los medios para combatirlos sobre la base del informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, con particular referencia a los párrafos pertinentes del Programa de Acción de la Conferencia. En la mayor parte de los países, la falta de atención de los derechos reproductivos de la mujer limita gravemente sus oportunidades en la vida pública y privada, incluidas las oportunidades de educación y pleno ejercicio de sus derechos económicos y políticos. La capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos. La responsabilidad compartida por la mujer y el hombre de las cuestiones relativas al comportamiento sexual y reproductivo también es indispensable para mejorar la salud de la mujer.

98. El VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual, cuyo

contagio es a veces consecuencia de la violencia sexual, tienen efectos devastadores en la salud de la mujer, en particular de las adolescentes y jóvenes. Las mujeres no suelen tener el poder necesario para insistir en que se adopten prácticas sexuales libres de riesgo y tienen un acceso reducido a la información y a los servicios de prevención y tratamiento. Las mujeres, que representan la mitad de los adultos que contraen el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, han hecho hincapié en que su vulnerabilidad social y las relaciones de poder desiguales entre la mujer y el hombre constituyen obstáculos para el sexo libre de riesgos, en sus esfuerzos por reducir la propagación de las enfermedades de transmisión sexual. Las consecuencias del VIH/SIDA no sólo afectan a la salud de la mujer, sino también a su función de madre y encargada del cuidado de otros y a su contribución al apoyo económico de su familia. Es preciso examinar desde la perspectiva de género los efectos del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en la sociedad, el desarrollo y la salud.

99. La violencia sexual y basada en el género, incluidos los malos tratos físicos y psicológicos, la trata de mujeres y niñas, así como otras formas de malos tratos y la explotación sexual exponen a las niñas y a las mujeres a un alto riesgo de padecer traumas físicos y mentales, así como enfermedades y embarazos no deseados. Esas situaciones suelen disuadir a las mujeres de utilizar los servicios de salud y otros servicios.

(...)

Objetivo estratégico C.1. Fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención de la salud y a información y servicios conexos adecuados, de bajo costo y de buena calidad

Medidas que han de adoptarse

106. Medidas que han de adoptar los gobiernos, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales y organizaciones de empleadores y trabajadores y con el respaldo de instituciones internacionales:

(...)

e) Proporcionar servicios de atención primaria de salud más accesibles, económicos y de calidad que incluyan la atención de la salud sexual y reproductiva, que comprende servicios de planificación de la familia y la información al respecto, y

concedan especial importancia a los servicios de maternidad y de obstetricia de urgencia como se acordó en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo;

g) Asegurarse de que todos los servicios y trabajadores relacionados con la atención de salud respetan los derechos humanos y siguen normas éticas, profesionales y no sexistas a la hora de prestar servicios a la mujer, para lo cual se debe contar con el consentimiento responsable, voluntario y bien fundado de ésta. Alentar la preparación, aplicación y divulgación de códigos de ética orientados por los códigos internacionales de ética médica al igual que por los principios éticos que rigen a otros profesionales de la salud;

i) Fortalecer y reorientar los servicios de salud, en particular la atención primaria de salud, con el fin de dar acceso universal a servicios de salud de calidad para niñas y mujeres y de reducir las enfermedades y la morbilidad derivada de la maternidad y alcanzar a nivel mundial el objetivo convenido de reducir la mortalidad derivada de la maternidad como mínimo en un 50% de los valores de 1990 para el año 2000 y en otro 50% para el año 2015; garantizar que cada sector del sistema de salud ofrezca los servicios necesarios; y tomar las medidas oportunas para que se ofrezcan servicios de salud reproductiva, a través del sistema de atención primaria de salud, a todas las personas en edad de recibirla lo antes posible y no más tarde del año 2015;

j) Reconocer y afrontar las consecuencias que tienen para la salud los abortos peligrosos, por ser una cuestión de gran importancia para la salud pública, tal como se acordó en el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 14;

k) A la luz de lo dispuesto en el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, donde se establece que: “En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo. Cualesquiera medidas o cambios relacionados con el aborto que se introduzcan en

el sistema de salud se pueden determinar únicamente a nivel nacional o local de conformidad con el proceso legislativo nacional. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos y considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales;

Objetivo estratégico C.2. Fortalecer los programas de prevención que promueven la salud de la mujer

Medidas que han de adoptarse

107. Medidas que han de adoptar los gobiernos, en cooperación con las organizaciones no gubernamentales, los medios de información, el sector privado y las organizaciones internacionales pertinentes, entre ellas los órganos adecuados de las Naciones Unidas:

a) Dar prioridad a los programas de educación formal y no formal que apoyan a la mujer y le permiten desarrollar su autoestima, adquirir conocimientos, tomar decisiones y asumir responsabilidades sobre su propia salud, lograr el respeto mutuo en asuntos relativos a la sexualidad y fecundidad, e informar a los hombres sobre la importancia de la salud y el bienestar de las mujeres, prestando especial atención a los programas, tanto para hombres como para mujeres, en que se hace hincapié en la eliminación de las actitudes y prácticas nocivas, entre ellas la mutilación genital femenina, la preferencia por los hijos varones (que lleva al infanticidio femenino y a la selección prenatal del sexo), los matrimonios a edad temprana, en particular en la infancia, la violencia contra la mujer, la explotación sexual, los malos tratos sexuales, que a veces llevan a la infección con el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, el uso indebido de drogas, la discriminación contra las niñas y las mujeres en la distribución de alimentos y otras actitudes y prácticas perjudiciales que afectan a la vida, la salud y el bienestar de las mujeres, y reconocer que algunas de estas prácticas pueden constituir violaciones de los derechos humanos y los principios médicos éticos;

d) Reforzar las leyes, reformar las instituciones y promover normas y prácticas que eliminen la discriminación contra las mujeres y alentar tanto a las mujeres como a los hombres a asumir la responsabilidad de su comportamiento sexual con respecto a la procreación; garantizar el pleno respeto a la integridad de la persona, tomar medidas para garantizar las condiciones necesarias para que las mujeres ejerzan sus derechos con respecto a la procreación y eliminar las leyes y prácticas coercitivas;

e) Preparar y difundir información accesible, mediante campañas de salud pública, los medios de comunicación, buenos servicios de asesoramiento y el sistema educacional, con el objeto de garantizar que las mujeres y los hombres, en particular las jóvenes y los jóvenes, puedan adquirir conocimientos sobre su salud, especialmente información sobre la sexualidad y la reproducción, teniendo en cuenta los derechos del niño de acceso a la información, privacidad, confidencialidad, respeto y consentimiento informado, así como los derechos, deberes y responsabilidades de los padres y de otras personas jurídicamente responsables de los niños de facilitar, con arreglo a las capacidades que vaya adquiriendo el niño, orientación apropiada en el ejercicio por el niño de los derechos reconocidos en la Convención sobre los Derechos del Niño y de conformidad con la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. En todas las medidas que afecten a los niños, una de las consideraciones primordiales será el bienestar del propio niño;

g) Reconocer las necesidades específicas de los adolescentes y aplicar programas adecuados concretos, por ejemplo de educación e información sobre cuestiones de salud sexual y reproductiva y sobre enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA, teniendo en cuenta los derechos del niño y los derechos, deberes y responsabilidades de los padres tal y como se afirma en el párrafo 107 e);

q) Adoptar medidas específicas preventivas para proteger a las mujeres, los jóvenes y los niños de todo maltrato, abuso sexual, explotación, tráfico y violencia, por ejemplo en la formulación y la aplicación de las leyes, y prestar protección jurídica y médica y otro tipo de asistencia.

Objetivo estratégico C.3. Tomar iniciativas en que se tenga en cuenta el género para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA y otras cuestiones de salud sexual y reproductiva

Medidas que han de adoptarse

108. Medidas que han de adoptar los gobiernos, los organismos internacionales, incluidas las organizaciones pertinentes de las Naciones Unidas, los donantes bilaterales y multilaterales y las organizaciones no gubernamentales:

a) Garantizar la participación de las mujeres, en particular de las infectadas con el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual o afectadas por la pandemia del VIH/SIDA, en todas las decisiones relativas al desarrollo, la aplicación, la supervisión y la evaluación de las políticas y los programas sobre el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual;

b) Revisar y enmendar las leyes y combatir las prácticas, según sea pertinente, que puedan contribuir a la susceptibilidad de las mujeres a la infección con el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, entre otras cosas promulgando leyes contra las prácticas socioculturales que contribuyen a ello y, aplicar leyes, políticas y prácticas que protejan a las mujeres, las adolescentes y las niñas de la discriminación basada en el VIH/SIDA;

c) Alentar a todos los sectores de la sociedad, incluido el sector público, así como a las organizaciones internacionales, a que formulen políticas y prácticas compasivas y de apoyo, no discriminatorias, en relación con el VIH/SIDA, que protejan los derechos de las personas infectadas;

d) Reconocer el alcance de la pandemia VIH/SIDA en sus países, teniendo en cuenta en especial su repercusión en las mujeres, con miras a garantizar que las mujeres infectadas no sean estigmatizadas ni sufran discriminación, incluso durante los viajes;

e) Preparar programas y estrategias multisectoriales que tengan en cuenta el género para poner fin a la subordinación social de las mujeres y las niñas y garantizar su potenciación e igualdad social y económica; facilitar la promoción de programas para informar a los hombres y capacitarles para que asuman sus responsabilidades en la prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual;

f) Facilitar el desarrollo de estrategias de la comunidad que protejan a las mujeres de todas las edades del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, proporcionen atención y apoyo a las niñas y a las mujeres afectadas y a sus familias y movilicen a todas las partes de la comunidad en respuesta a la pandemia del VIH/SIDA para que ejerzan presión sobre todas las autoridades responsables a fin de que respondan de manera puntual, efectiva, sostenible y que tenga en cuenta el género;

k) Prestar plena atención a la promoción de relaciones de género mutuamente respetuosas y justas y, en particular, a las necesidades de educación y de servicios de los adolescentes para que puedan encarar su sexualidad de manera positiva y responsable;

l) Preparar programas específicos para varones de todas las edades, y para los varones adolescentes, reconociendo las funciones parentales a que se hace referencia en el párrafo 107 e) supra, con objeto de proporcionar información completa y fidedigna sobre conducta sexual responsable y sin riesgo, que incluya métodos voluntarios pertinentes y eficaces adoptados por los varones para la prevención del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, mediante, entre otros, la abstinencia y el uso de preservativos;

m) Garantizar la prestación, mediante el sistema de atención primaria de la salud, del acceso universal de las parejas y las personas a servicios de prevención de las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA, pertinentes y asequibles, y ampliar la prestación de asesoramiento y de servicios de diagnóstico voluntario y confidencial y de tratamiento para las mujeres; garantizar el suministro y la distribución a los servicios sanitarios de preservativos de calidad, así como de medicinas para el tratamiento de las enfermedades sexuales, en la medida de lo posible;

n) Apoyar los programas que tengan en cuenta que el mayor riesgo que corren las mujeres de contraer el VIH se relaciona con un comportamiento de alto riesgo, que incluye el uso de sustancias intravenosas y la influencia de la droga, el comportamiento sexual no protegido e irresponsable, y tomar medidas preventivas pertinentes;

o) Apoyar y acelerar las investigaciones orientadas hacia la acción sobre métodos asequibles, controlados por las mujeres, para prevenir el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, sobre estrategias que permitan a las mujeres protegerse de las enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH/SIDA, y sobre métodos de atención, apoyo y tratamiento propios de las mujeres, garantizando su participación en todos los aspectos de tales investigaciones;

p) Apoyar e iniciar investigaciones que se ocupen de las necesidades de las mujeres y de las situaciones que las aparten, incluidas investigaciones sobre la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual en las mujeres, sobre métodos de protección controlados por las mujeres, por ejemplo microbicidas no

espermicidas, y sobre actitudes y prácticas arriesgadas masculinas y femeninas.

Objetivo estratégico C.4. Promover la investigación y difundir información sobre la salud de la mujer

Medidas que han de adoptarse

109. Medidas que han de adoptar los gobiernos, el sistema de las Naciones Unidas, los profesionales de salud, las instituciones de investigación, las organizaciones no gubernamentales, los donantes, las industrias farmacéuticas y los medios de comunicación, según convenga:

h) Prestar apoyo financiero e institucional a la investigación sobre métodos y tecnologías seguros, eficaces, asequibles y aceptables para la salud reproductiva y sexual de las mujeres y los hombres, incluidos métodos más seguros, eficaces, asequibles y aceptables para la regulación de la fecundidad incluida la planificación natural de la familia para ambos sexos, métodos para la protección contra el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual y métodos sencillos y baratos para el diagnóstico de tales enfermedades, entre otras cosas. Estas investigaciones deben guiarse en todas las etapas por los usuarios y han de llevarse a cabo desde la perspectiva de la distinta condición entre varones y mujeres, en particular desde la perspectiva de género, y realizarse en estricta conformidad con normas de investigación biomédica, jurídicas, éticas, médicas y científicas internacionalmente aceptadas;

i) Dado que el aborto sin condiciones de seguridad plantea una grave amenaza a la salud y la vida de las mujeres, deben promoverse las investigaciones encaminadas a comprender y encarar con mayor eficacia las condiciones que determinan el aborto inducido y sus consecuencias, incluidos sus efectos futuros en la fecundidad, la salud reproductiva y mental y en la práctica anticonceptiva, además de las investigaciones sobre el tratamiento de complicaciones planteadas por los abortos, y los cuidados con posterioridad al aborto;

Objetivo estratégico C.5. Aumentar los recursos y supervisar el seguimiento de la salud de las mujeres

Medidas que han de adoptarse

110. Medidas que han de adoptar los gobiernos a todos los niveles, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales, especialmente las organizaciones de mujeres y de jóvenes:

a) Aumentar las asignaciones presupuestarias para la atención primaria de la salud y los servicios sociales, con suficiente apoyo a nivel secundario y terciario, prestar especial atención a la salud reproductiva y sexual de las muchachas y las mujeres; y dar prioridad a los programas de salud en las zonas rurales y en las zonas urbanas pobres;

D. La violencia contra la mujer

115. Los actos de violencia contra la mujer también incluyen la esterilización forzada y el aborto forzado, la utilización coercitiva o forzada de anticonceptivos, el infanticidio de niñas y la determinación prenatal del sexo.

E. La mujer y los conflictos armados

132. En el Convenio de Ginebra relativo a la protección de las personas civiles en tiempo de guerra de 1949 y en sus Protocolos Adicionales de 1977 se establece que las mujeres serán especialmente amparadas contra todo atentado a su honor y, en particular, contra los tratos humillantes y degradantes, contra la violación, contra el forzamiento a la prostitución y contra todo atentado a su pudor. En la Declaración y el Programa de Acción de Viena aprobados en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos se señala además que “las violaciones de los derechos humanos de la mujer en situaciones de conflicto armado constituyen violaciones de los principios fundamentales de los derechos humanos y del derecho humanitario internacionales”. Todas las violaciones de este tipo, incluyendo en particular el asesinato, la violación, incluyendo la violación sistemática, la esclavitud sexual y el embarazo forzado, exigen una respuesta particularmente eficaz. Continúan ocurriendo en diferentes partes del mundo situaciones y violaciones evidentes y sistemáticas que constituyen graves obstáculos al pleno goce de los derechos humanos. Esas violaciones y obstáculos comprenden, así como la tortura y los tratos crueles, inhumanos y degradantes o la detención sumaria y arbitraria, todas las formas de racismo, discriminación racial, xenofobia, denegaciones de los derechos económicos, sociales y culturales e intolerancia religiosa.

Objetivo estratégico E.3. Promover formas no violentas de solución de conflictos y reducir la incidencia de las violaciones de los derechos humanos en las situaciones de conflicto

Medidas que han de adoptarse

144. Medidas que han de adoptar los gobiernos:

(...)

b) Respetar plenamente en los conflictos armados las normas del derecho internacional humanitario y adoptar todas las medidas necesarias para proteger a las mujeres y los niños, en particular contra la violación, la prostitución forzada y cualquier otra forma de agresión con carácter sexual;

145. Medidas que han de adoptar los gobiernos y las organizaciones internacionales y regionales:

(...)

c) Instar a que se identifique y condene la práctica sistemática de la violación y otras formas de tratos inhumanos y degradantes utilizados contra las mujeres como instrumento deliberado de guerra y de depuración étnica, y adoptar medidas para asegurar que se proporcione asistencia a las víctimas de esos abusos para su rehabilitación física y mental;

d) Reafirmar que la violación en el curso de un conflicto armado constituye un crimen de guerra y, en ciertas circunstancias, puede considerarse un crimen de lesa humanidad y un acto de genocidio según se define en la Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio; y adoptar todas las medidas necesarias para proteger a las mujeres y a los niños contra esos actos y fortalecer los mecanismos para investigar y castigar a todos los responsables y procesar a los perpetradores;

e) Aplicar y reforzar las normas enunciadas en los instrumentos internacionales humanitarios y los instrumentos internacionales de derechos humanos para evitar todos los actos de violencia contra las mujeres en situaciones de conflicto armado y en conflictos de otra índole; realizar investigaciones completas de todos los actos de violencia cometidos contra las mujeres durante las guerras, incluidas las violaciones, en particular las violaciones sistemáticas, la prostitución forzada y otras formas de agresiones deshonestas, y la esclavitud sexual; enjuiciar a todos los

criminales responsables de los crímenes de guerra contra las mujeres y proporcionar compensación plena a las mujeres víctimas;

I. Los derechos humanos de la mujer

(...)

223. Teniendo presentes el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo y la Declaración de Viena y el Programa de Acción aprobados en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer reafirma que los derechos a la procreación se basan en decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el momento en que desean tener hijos y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, así como en el reconocimiento del derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluyen su derecho a adoptar decisiones en lo que se refiere a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

224. La violencia contra la mujer constituye una violación de sus derechos humanos y libertades fundamentales y un obstáculo o un impedimento para el disfrute de esos derechos. Teniendo en cuenta la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, y la labor de los Relatores Especiales, la violencia basada en el género, como los golpes y otras formas de violencia en el hogar, el maltrato sexual, la esclavitud y explotación sexuales, y la trata internacional de mujeres y niños, la prostitución impuesta y el hostigamiento sexual, así como la violencia contra la mujer derivada de los prejuicios culturales, el racismo y la discriminación racial, la xenofobia, la pornografía, la depuración étnica, el conflicto armado, la ocupación extranjera, el extremismo religioso y antirreligioso y el terrorismo, son incompatibles con la dignidad y el valor de la persona humana y deben eliminarse. Es menester prohibir y eliminar todo aspecto nocivo de ciertas prácticas tradicionales, habituales o modernas que violan los derechos de la mujer. Los gobiernos deben adoptar medidas urgentes para combatir y eliminar todas las formas de violencia contra la mujer en la vida privada y pública, ya sean perpetradas o toleradas por el Estado o por personas privadas.

(...)

L. La niña

259. En la Convención sobre los Derechos del Niño se reconoce que “Los Estados partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna, independientemente de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales” (párrafo 1 del artículo 2 11). No obstante, los indicadores de que se dispone demuestran que en muchos países se discrimina contra la niña desde las primeras fases de la vida, durante toda su niñez y hasta la edad adulta. En algunas partes del mundo, el número de hombres excede del de mujeres en un 5%. Los motivos de esta disparidad son, entre otros, las actitudes y prácticas perjudiciales, como la mutilación genital de las mujeres, la preferencia por los hijos varones, que se traduce a su vez en el infanticidio de las niñas y en la selección del sexo antes del nacimiento, el matrimonio precoz, incluyendo el matrimonio de las niñas, la violencia contra la mujer, la explotación sexual, el abuso sexual, la discriminación contra la niña en las raciones alimentarias y otras prácticas que afectan a la salud y al bienestar. Como resultado de todo ello, menos niñas que niños llegan a la edad adulta.

(...)

267. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo reconoció, en el párrafo 7.3 del Programa de Acción, que “se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre mujeres y hombres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios, con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable”, teniendo en cuenta el derecho del niño a la información, a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento con conocimiento de causa, así como las responsabilidades, derechos y obligaciones de los padres y tutores en lo que respecta a proporcionar al niño, con arreglo a la evolución de sus capacidades, un asesoramiento y orientación apropiados para el ejercicio de los derechos reconocidos en la Convención sobre los Derechos del Niño y de conformidad con la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. En todas las acciones referentes a los niños, la consideración primordial será el interés superior del niño. Debe prestarse apoyo a la educación sexual integral de los jóvenes, con el respaldo y la guía de los padres, en la que se subraye la responsabilidad de los varones con respecto de su propia sexualidad y fecundidad y

en la que se les ayude a asumir esas responsabilidades.

268. Cada año, más de 15 millones de niñas de entre 15 y 19 años de edad traen hijos al mundo. La maternidad a edades muy tempranas entraña complicaciones durante el embarazo y el parto y constituye un riesgo para la salud de la madre muy superior a la media. Los niveles de morbilidad y mortalidad entre los hijos de madres jóvenes son más elevados. La maternidad precoz sigue constituyendo un impedimento para la mejora de la condición educativa, económica y social de la mujer en todas las partes del mundo. En general, el matrimonio y la maternidad precoces pueden reducir gravemente las oportunidades educativas y de empleo y pueden afectar a largo plazo negativamente la calidad de vida de la mujer y de sus hijos.

269. 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 es más vulnerable que el varón a las consecuencias de las relaciones sexuales sin protección y prematuras. A menudo se ejercen presiones sobre la niña para que se entregue a actividades sexuales. 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.

277. Medidas que han de adoptar los gobiernos, las organizaciones internacionales y según proceda, las organizaciones no gubernamentales:

a) Promover un entorno educativo en el que se eliminen las barreras que impiden la asistencia a las escuelas de las niñas casadas o embarazadas y las madres jóvenes, inclusive, según proceda, mediante servicios de guardería asequibles y accesibles, así como mediante la educación de los padres, para alentar a las que tengan que ocuparse de sus hijos y sus hermanos cuando aún están en edad escolar a reemprender o continuar sus estudios hasta completar la enseñanza;

(...)

d) Desarrollar políticas y programas en los que se dé prioridad a los programas oficiales y no oficiales que ayuden a la niña y le permitan adquirir conocimientos, desarrollar el sentido de su propia dignidad y asumir la responsabilidad de su propia vida; y prestar especial atención a los programas destinados a educar a mujeres y hombres, especialmente los padres, sobre la importancia de la salud física y mental y del bienestar de la niña, incluidos la eliminación de la discriminación contra la niña en la ración alimentaria, el matrimonio precoz, la violencia ejercida contra ella, su mutilación genital, la prostitución infantil, el abuso sexual, la violación y el incesto.

Objetivo estratégico L.5. Eliminar la discriminación contra las niñas en el ámbito de la salud y la nutrición

Medidas que han de adoptarse

281. Medidas que han de adoptar los gobiernos y las organizaciones internacionales y no gubernamentales:

(...)

c) Fortalecer y reformar la educación sanitaria y los servicios de salud, sobre todo los programas de atención primaria de la salud incluidas la salud sexual y reproductiva, crear buenos programas de salud que satisfagan las necesidades físicas y mentales de las muchachas y para atender las necesidades de las madres jóvenes, las mujeres embarazadas y las madres lactantes;

d) Establecer programas de educación entre compañeros y de divulgación destinados a intensificar la labor individual y colectiva con miras a disminuir la vulnerabilidad de las muchachas al VIH/SIDA y a otras enfermedades de transmisión sexual; conforme a lo acordado en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, y a lo establecido en el informe de la presente Conferencia, reconociendo las funciones de los padres mencionadas en el párrafo 267 de la presente Plataforma de Acción;

e) Velar porque las muchachas, sobre todo las adolescentes, reciban educación e información en materia de fisiología reproductiva, salud reproductiva y salud sexual, conforme a lo acordado en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, y a lo establecido en el informe de esa Conferencia, así como en materia de prácticas responsables de planificación de la familia, vida

de familia, salud reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, transmisión y prevención del VIH/SIDA, reconociendo las funciones de los padres mencionadas en el párrafo 267.

g) Hacer hincapié en la responsabilidad que incumbe a los adolescentes por lo que respecta a la salud y las actividades sexuales y reproductivas mediante la prestación de los servicios y el asesoramiento apropiados, como se indica en el párrafo 267;

Objetivo estratégico L.7. Erradicar la violencia contra las niñas

Medidas que han de adoptarse

283. Medidas que han de adoptar los gobiernos, según proceda, y las organizaciones internacionales y no gubernamentales:

d) Promulgar y aplicar leyes que protejan a las muchachas contra toda forma de violencia, como la elección prenatal del sexo y el infanticidio femenino, la mutilación genital, el incesto, los abusos sexuales, la explotación sexual, la prostitución y la pornografía infantiles, y establecer programas seguros y confidenciales y servicios de apoyo médico, social y psicológico apropiados para cada edad destinados a las niñas que son víctimas de la violencia.

- **2.3. Jurisprudencia de los Comités Monitores de Naciones Unidas**

- **2.3.1. Recomendaciones Generales**

- **a. Recomendaciones Generales del Comité de Derechos Humanos**

- RECOMENDACIÓN GENERAL N° 28 - (Artículo 3: . 29/03/2000. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10): IGUALDAD DE DERECHOS ENTRE HOMBRES Y MUJERES

(...)

10. Los Estados Partes, al presentar informes sobre el derecho a la vida, amparado 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.

Deberán también presentar datos desglosados por sexo acerca de las tasas de mortalidad infantil. 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. Los Estados Partes deberán informar asimismo acerca de las medidas adoptadas para proteger a la mujer de prácticas que vulneran su derecho a la vida, como el infanticidio de niñas, la quema de viudas o los asesinatos por causa de dote. 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.

11. El Comité, a fin de evaluar el cumplimiento del artículo 7 del Pacto, así como del artículo 24, en que se prevé la protección especial del niño, necesita información sobre las leyes y prácticas nacionales relativas a la violencia en el hogar y otros tipos de violencia contra la mujer, con inclusión de la violación. También necesita saber si el Estado Parte da a la mujer que ha quedado embarazada como consecuencia de una violación acceso al aborto en condiciones de seguridad. Los Estados Partes deberán asimismo presentar al Comité información acerca de las medidas para impedir el aborto o la esterilización forzados. Los Estados Partes en que exista la práctica de la mutilación genital, deberán presentar información acerca de su alcance y de las medidas adoptadas para erradicarla. La información proporcionada por los Estados Partes acerca de todas estas cuestiones deberá referirse también a las medidas de protección que existan, incluyendo los recursos judiciales para proteger a la mujer cuyos derechos en virtud del artículo 7 hayan sido vulnerados (...)

● **b. Recomendaciones Generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**

● **RECOMENDACIÓN GENERAL N° 14 - (22° período de sesiones, UN ESCOR, 2000, Doc. N° E/C.12/2000/4): EL DERECHO AL DISFRUTAR DEL MÁS ALTO NIVEL POSIBLE DE SALUD**

1. La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas en materia de salud, la aplicación de los programas

de salud elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos. Además, el derecho a la salud abarca determinados componentes aplicables en virtud de la ley.

2. Numerosos instrumentos de derecho internacional reconocen el derecho del ser humano a la salud. En el párrafo 1 del artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos se afirma que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales contiene el artículo más exhaustivo del derecho internacional de los derechos humanos sobre el derecho a la salud. En virtud del párrafo 1 del artículo 12 del Pacto, los Estados Partes reconocen “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, mientras que en el párrafo 2 del artículo 12 se indican, a título de ejemplo, diversas “medidas que deberán adoptar los Estados Partes a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho”. Además, el derecho a la salud se reconoce, en particular, en el inciso iv) del apartado e) del artículo 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; en el apartado f) del párrafo 1 del artículo 11 y el artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; así como en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989. Varios instrumentos regionales de derechos humanos, como la Carta Social Europea de 1961 en su forma revisada (art. 11), la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, de 1981 (art. 16), y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1988 (art. 10), también reconocen el derecho a la salud. Análogamente, el derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos, así como también en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales.

3. El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos, que se enuncian en la Carta Internacional de Derechos, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación. Esos y otros derechos y libertades abordan los componentes integrales del derecho a la salud...

● PARTE I: CONTENIDO NORMATIVO DEL ARTÍCULO 12

8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

9. El concepto del “más alto nivel posible de salud”, a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano. Así, los factores genéticos, la propensión individual a una afección y la adopción de estilos de vida malsanos o arriesgados suelen desempeñar un papel importante en lo que respecta a la salud de la persona. Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud.

10. Desde la adopción de los dos Pactos Internacionales de las Naciones Unidas en 1966, la situación mundial de la salud se ha modificado de manera espectacular, al paso que el concepto de la salud ha experimentado cambios importantes en cuanto a su contenido y alcance. Se están teniendo en cuenta más elementos determinantes de la salud, como la distribución de los recursos y las diferencias basadas en la perspectiva de género. Una definición más amplia de la salud también tiene en cuenta inquietudes de carácter social, como las relacionadas con la violencia o el conflicto armado. Es más, enfermedades anteriormente desconocidas, como el virus de la inmunodeficiencia humana y el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), y otras enfermedades, como el cáncer, han adquirido mayor difusión, así como el rápido crecimiento de la población mundial, han opuesto nuevos obstáculos al ejercicio del derecho a la salud, lo que ha de tenerse en cuenta al interpretar el artículo 12.

11. El Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva. Otro aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional.

12. El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte:

Disponibilidad. Cada Estado Parte deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas. La naturaleza precisa de los establecimientos, bienes y servicios dependerá de diversos factores, en particular el nivel de desarrollo del Estado Parte. Con todo, esos servicios incluirán los factores determinantes básicos de la salud, como agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado habida cuenta de las condiciones que existen en el país, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre medicamentos esenciales de la OMS.

Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

i) **No discriminación:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles, de hecho y de derecho, a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

ii) **Accesibilidad física:** los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población, en especial los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas, las mujeres, los niños, los adolescentes, las personas mayores, las personas con discapacidades y las personas con VIH/SIDA. La accesibilidad también implica que los servicios médicos y los factores determinantes básicos de la salud, como el

agua limpia potable y los servicios sanitarios adecuados, se encuentren a una distancia geográfica razonable, incluso en lo que se refiere a las zonas rurales. Además, la accesibilidad comprende el acceso adecuado a los edificios para las personas con discapacidades.

iii) Accesibilidad económica (asequibilidad): los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance de todos. Los pagos por servicios de atención de la salud y servicios relacionados con los factores determinantes básicos de la salud deberán basarse en el principio de la equidad, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todos, incluidos los grupos socialmente desfavorecidos. La equidad exige que sobre los hogares más pobres no recaiga una carga desproporcionada, en lo que se refiere a los gastos de salud, en comparación con los hogares más ricos.

iv) Acceso a la información: ese acceso comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Con todo, el acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad.

Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

Calidad. Además de aceptables desde el punto de vista cultural, los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser también apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad. Ello requiere, entre otras cosas, personal médico capacitado, medicamentos y equipo hospitalario científicamente aprobados y en buen estado, agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas...

Apartado a) del párrafo 2 del artículo 12:

El derecho a la salud materna, infantil y reproductiva

14. La disposición relativa a “la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños” (apartado a) del párrafo 2 del artículo 12, se puede entender en el sentido de que es preciso adoptar medidas para mejorar la

salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información.

(...)

Apartado d) del párrafo 2 del artículo 12:

El derecho a establecimientos, bienes y servicios de salud

17. “La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad” (apartado d del párrafo 2 del artículo 12), tanto física como mental, incluye el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental. Otro aspecto importante es la mejora y el fomento de la participación de la población en la prestación de servicios médicos preventivos y curativos, como la organización del sector de la salud, el sistema de seguros y, en particular, la participación en las decisiones políticas relativas al derecho a la salud, adoptadas en los planos comunitario y nacional.

● Artículo 12 – Temas especiales de alcance general

No discriminación e igualdad de trato

18. En virtud de lo dispuesto en el párrafo 2 del artículo 2 y en el artículo 3, el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud. El Comité señala que se pueden aplicar muchas

medidas, como las relacionadas con la mayoría de las estrategias y los programas destinados a eliminar la discriminación relacionada con la salud, con consecuencias financieras mínimas merced a la promulgación, modificación o revocación de leyes o a la difusión de información. El Comité recuerda el párrafo 12 de la observación general N° 3 en el que se afirma que incluso en situaciones de limitaciones graves de recursos es preciso proteger a los miembros vulnerables de la sociedad mediante la aprobación de programas especiales de relativo bajo costo.

19. En cuanto al derecho a la salud, es preciso hacer hincapié en la igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud. Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes, y, al garantizar la atención de la salud y proporcionar servicios de salud, impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud. Una asignación inadecuada de recursos para la salud puede dar lugar a una discriminación que tal vez no sea manifiesta. Por ejemplo, las inversiones no deben favorecer desproporcionadamente a los servicios curativos caros que suelen ser accesibles únicamente a una pequeña fracción privilegiada de la población, en detrimento de la atención primaria y preventiva de salud en beneficio de una parte mayor de la población.

La perspectiva de género

20. El Comité recomienda que los Estados incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el hombre. Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. La desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud.

La mujer y el derecho a la salud

21. Para suprimir la discriminación contra la mujer es preciso elaborar y aplicar una amplia estrategia nacional con miras a la promoción del derecho a la salud de la

mujer a lo largo de toda su vida. Esa estrategia debe prever en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva. Un objetivo importante deberá consistir en la reducción de los riesgos que afectan a la salud de la mujer, en particular la reducción de las tasas de mortalidad materna y la protección de la mujer contra la violencia en el hogar. El ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva. También es importante adoptar medidas preventivas, promocionales y correctivas para proteger a la mujer contra las prácticas y normas culturales tradicionales perniciosas que le deniegan sus derechos genésicos.

● Las/os niñas/os y las/los adolescentes

22. En el apartado a) del párrafo 2 del artículo 12 se pone de manifiesto la necesidad de adoptar medidas para reducir la mortinatalidad y la mortalidad infantil y promover el sano desarrollo de los niños. En los ulteriores instrumentos internacionales de derechos humanos se reconoce que los niños y los adolescentes tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a centros de tratamiento de enfermedades. En la Convención sobre los Derechos del Niño se exhorta a los Estados a que garanticen el acceso a los servicios esenciales de salud para el niño y su familia, incluida la atención anterior y posterior al parto de la madre. La Convención vincula esos objetivos con el acceso a la información, respetuosa del niño, sobre prevención y fomento de la salud y la prestación de ayuda a las familias y comunidades para poner en práctica esas medidas. La aplicación del principio de no discriminación requiere que tanto las niñas como los niños tengan igual acceso a una alimentación adecuada, un entorno seguro y servicios de salud física y mental. Es preciso adoptar medidas eficaces y apropiadas para dar al traste con las perniciosas prácticas tradicionales que afectan a la salud de los niños, en especial de las niñas, entre las que figuran el matrimonio precoz, las mutilaciones sexuales femeninas y la alimentación y el cuidado preferentes de los niños varones. Es preciso dar a los niños con discapacidades la oportunidad de disfrutar de una vida satisfactoria y decente y participar en las actividades de su comunidad.

23. Los Estados Partes deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva.

24. La consideración primordial en todos los programas y políticas con miras a garantizar el derecho a la salud del niño y el adolescente será el interés superior del niño y el adolescente.

(...)

● II: OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS PARTES

Obligaciones legales de carácter general

30. Si bien el Pacto establece la aplicación progresiva y reconoce los obstáculos que representan los limitados recursos disponibles, también impone a los Estados Partes diversas obligaciones de efecto inmediato. Los Estados Partes tienen obligaciones inmediatas por lo que respecta al derecho a la salud, como la garantía de que ese derecho será ejercido sin discriminación alguna (párrafo 2 del artículo 2) y la obligación de adoptar medidas (párrafo 1 del artículo 2) en aras de la plena realización del artículo 12. Esas medidas deberán ser deliberadas y concretas e ir dirigidas a la plena realización del derecho a la salud.

31. La realización progresiva del derecho a la salud a lo largo de un determinado período no debe interpretarse en el sentido de que priva de todo contenido significativo las obligaciones de los Estados Partes. Antes al contrario, la realización progresiva significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del artículo 12...

33. Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos o niveles de obligaciones a los Estados Partes: la obligación de respetar, proteger y cumplir. A su vez, la obligación de cumplir comprende la obligación de facilitar, proporcionar y promover. La obligación de respetar exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud.

La obligación de proteger requiere que los Estados adopten medidas para impedir que terceros interfieran en la aplicación de las garantías prevista en el artículo 12. Por último, la obligación de cumplir requiere que los Estados adopten medidas apropiadas de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial o de otra índole para dar plena efectividad al derecho a la salud.

Obligaciones legales específicas

34. En particular, los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluidos, los presos o detenidos, los representantes de las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos; abstenerse de imponer prácticas discriminatorias como política de Estado; y abstenerse de imponer prácticas discriminatorias en relación con el estado de salud y las necesidades de la mujer. Además, las obligaciones de respetar incluyen la obligación del Estado de abstenerse de prohibir o impedir los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales, comercializar medicamentos peligrosos y aplicar tratamientos médicos coercitivos, salvo en casos excepcionales para el tratamiento de enfermedades mentales o la prevención de enfermedades transmisibles y la lucha contra ellas.

Esas excepciones deberán estar sujetas a condiciones específicas y restrictivas, respetando las mejores prácticas y las normas internacionales aplicables, en particular los Principios de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental. Asimismo, los Estados deben abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otro medios de mantener la salud sexual y genésica, censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto, así como impedir la participación del pueblo en los asuntos relacionados con la salud. Los Estados deben abstenerse asimismo de contaminar ilegalmente la atmósfera, el agua y la tierra, por ejemplo mediante los desechos industriales de las instalaciones propiedad del Estado, utilizar o ensayar armas nucleares, biológicas o químicas si, como resultado de esos ensayos, se liberan sustancias nocivas para la salud del ser humano, o limitar el acceso a los servicios de salud como medida punitiva, por ejemplo durante conflictos armados, en violación del derecho internacional humanitario.

35. Las obligaciones de proteger incluyen, entre otras, las obligaciones de los Estados de adoptar leyes u otras medidas para velar por el acceso igual a la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud proporcionados por terceros; velar porque la privatización del sector de la salud no represente una amenaza para la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de atención de la salud; controlar la comercialización de equipo médico y medicamentos por terceros, y asegurar que los facultativos y otros profesionales de la salud reúnan las condiciones necesarias de educación, experiencia y deontología. Los Estados también tienen la obligación de velar porque las prácticas sociales o tradicionales nocivas no afecten al acceso a la atención anterior y posterior al parto ni a la planificación de la familia; impedir que terceros induzcan a la mujer a someterse a prácticas tradicionales, por ejemplo a la mutilación de los órganos genitales femeninos; y de adoptar medidas para proteger a todos los grupos vulnerables o marginados de la sociedad, en particular las mujeres, los niños, los adolescentes y las personas mayores, teniendo en cuenta los actos de violencia desde la perspectiva de género. Los Estados deben velar asimismo porque terceros no limiten el acceso de las personas a la información y los servicios relacionados con la salud.

36. La obligación de cumplir requiere, en particular, que los Estados Partes reconozcan suficientemente el derecho a la salud en sus sistemas políticos y ordenamientos jurídicos nacionales, de preferencia mediante la aplicación de leyes, y adopten una política nacional de salud acompañada de un plan detallado para el ejercicio del derecho a la salud. Los Estados deben garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda y condiciones de vida adecuadas. La infraestructura de la sanidad pública debe proporcionar servicios de salud sexual y genésica, incluida la maternidad segura, sobre todo en las zonas rurales. Los Estados tienen que velar por la apropiada formación de facultativos y demás personal médico, la existencia de un número suficiente de hospitales, clínicas y otros centros de salud, así como por la promoción y el apoyo a la creación de instituciones que prestan asesoramiento y servicios de salud mental, teniendo debidamente en cuenta la distribución equitativa a lo largo del país. Otras obligaciones incluyen el establecimiento de un sistema de seguro de salud público, privado o mixto que sea asequible a todos, el fomento de las investigaciones médicas y la educación en materia de salud, así como la organización de campañas de información, en particular por lo que se refiere al VIH/SIDA, la salud sexual y genésica, las prácticas tradicionales, la violencia en el hogar, y el uso indebido de alcohol, tabaco,

estupefacientes y otras sustancias nocivas. Los Estados también tienen la obligación de adoptar medidas contra los peligros que para la salud representan la contaminación del medio ambiente y las enfermedades profesionales, así como también contra cualquier otra amenaza que se determine mediante datos epidemiológicos. Con tal fin, los Estados deben formular y aplicar políticas nacionales con miras a reducir y suprimir la contaminación del aire, el agua y el suelo, incluida la contaminación causada por metales pesados tales como el plomo procedente de la gasolina. Asimismo, los Estados Partes deben formular, aplicar y revisar periódicamente una política nacional coherente destinada a reducir al mínimo los riesgos de accidentes laborales y enfermedades profesionales, así como formular una política nacional coherente en materia de seguridad en el empleo y servicios de salud.

37. La obligación de cumplir (facilitar) requiere en particular que los Estados adopten medidas positivas que permitan y ayuden a los particulares y las comunidades a disfrutar del derecho a la salud. Los Estados Partes también tienen la obligación de cumplir (facilitar) un derecho específico enunciado en el Pacto en los casos en que los particulares o los grupos no están en condiciones, por razones ajenas a su voluntad, de ejercer por sí mismos ese derecho con ayuda de los medios a su disposición.

La obligación de cumplir (promover) el derecho a la salud requiere que los Estados emprendan actividades para promover, mantener y restablecer la salud de la población. Entre esas obligaciones figuran las siguientes: i) fomentar el reconocimiento de los factores que contribuyen al logro de resultados positivos en materia de salud, por ejemplo la realización de investigaciones y el suministro de información; ii) velar porque los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados; iii) velar por que el Estado cumpla sus obligaciones en lo referente a la difusión de información apropiada acerca de la forma de vivir y la alimentación sanas, así como acerca de las prácticas tradicionales nocivas y la disponibilidad de servicios; iv) apoyar a las personas a adoptar, con conocimiento de causa, decisiones por lo que respecta a su salud.

(...)

Obligaciones básicas

43. En la Observación general N° 3, el Comité confirma que los Estados Partes tienen la obligación fundamental de asegurar como mínimo la satisfacción de niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluida la atención primaria básica de la salud. Considerada conjuntamente con instrumentos más recientes, como el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, la Declaración de Alma-Ata ofrece una orientación inequívoca en cuanto a las obligaciones básicas dimanantes del artículo 12. Por consiguiente, el Comité considera que entre esas obligaciones básicas figuran, como mínimo, las siguientes:

- a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados;...
- e) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud;
- f) Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores y bases de referencia de la salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; el proceso mediante el cual se concibe la estrategia y el plan de acción, así como el contenido de ambos, deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

44. El Comité confirma asimismo que entre las obligaciones de prioridad comparables figuran las siguientes:

- a) Velar por la atención de la salud genésica, materna (prenatal y postnatal) e infantil;...
- d) Impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades;
- e) Proporcionar capacitación adecuada al personal del sector de la salud, incluida la educación en materia de salud y derechos humanos...

● III. VIOLACIONES...

47. Al determinar qué acciones u omisiones equivalen a una violación del derecho a la salud, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12 y la renuencia de dicho Estado a cumplir esas obligaciones. Ello se desprende del párrafo 1 del artículo 12, que se refiere al más alto nivel posible de salud, así como del párrafo 1 del artículo 2 del Pacto, en virtud del cual cada Estado Parte tiene la obligación de adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos de que disponga.

Un Estado que no esté dispuesto a utilizar el máximo de los recursos de que disponga para dar efectividad al derecho a la salud viola las obligaciones que ha contraído en virtud del artículo 12. Si la limitación de recursos imposibilita el pleno cumplimiento por un Estado de las obligaciones que ha contraído en virtud del Pacto, dicho Estado tendrá que justificar no obstante que se ha hecho todo lo posible por utilizar todos los recursos de que dispone para satisfacer, como cuestión de prioridad, las obligaciones señaladas supra. Cabe señalar sin embargo que un Estado Parte no puede nunca ni en ninguna circunstancia justificar su incumplimiento de las obligaciones básicas enunciadas en el párrafo 43 supra, que son inderogables.

48. Las violaciones del derecho a la salud pueden producirse mediante la acción directa de los Estados o de otras entidades que no estén suficientemente reglamentadas por los Estados. La adopción de cualesquiera medidas regresivas que sean incompatibles con las obligaciones básicas en lo referente al derecho a la salud, a que se hace referencia en el párrafo 43 supra, constituye una violación del derecho a la salud. Entre las violaciones resultantes de actos de comisión figura la revocación o suspensión formal de la legislación necesaria para el continuo disfrute del derecho a la salud, o la promulgación de legislación o adopción de políticas que sean manifiestamente incompatibles con las preexistentes obligaciones legales nacionales o internacionales relativas al derecho a la salud.

49. Los Estados también pueden conculcar el derecho a la salud al no adoptar las medidas necesarias dimanantes de las obligaciones legales. Entre las violaciones por actos de omisión figuran el no adoptar medidas apropiadas para dar plena efectividad al derecho universal a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental, el no contar con una política nacional sobre la seguridad y la salud en el empleo o servicios de salud en el empleo, y el no hacer cumplir las leyes pertinentes.

Violaciones de las obligaciones de respetar

50. Las violaciones de las obligaciones de respetar son las acciones, políticas o leyes de los Estados que contravienen las normas establecidas en el artículo 12 del Pacto y que son susceptibles de producir lesiones corporales, una morbosidad innecesaria y una mortalidad evitable. Como ejemplos de ello cabe mencionar la denegación de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud a determinadas personas o grupos de personas como resultado de la discriminación de iure o de facto; la ocultación o tergiversación deliberadas de la información que reviste importancia fundamental para la protección de la salud o para el tratamiento; la suspensión de la legislación o la promulgación de leyes o adopción de políticas que afectan desfavorablemente al disfrute de cualquiera de los componentes del derecho a la salud; y el hecho de que el Estado no tenga en cuenta sus obligaciones legales con respecto al derecho a la salud al concertar acuerdos bilaterales o multilaterales con otros Estados, organizaciones internacionales u otras entidades, como, por ejemplo, las empresas multinacionales.

(...)

Violaciones de la obligación de cumplir

52. Las violaciones de las obligaciones de cumplir se producen cuando los Estados Partes no adoptan todas las medidas necesarias para dar efectividad al derecho a la salud. Cabe citar entre ellas la no adopción o aplicación de una política nacional de salud con miras a garantizar el derecho a la salud de todos; los gastos insuficientes o la asignación inadecuada de recursos públicos que impiden el disfrute del derecho a la salud por los particulares o grupos, en particular las personas vulnerables o marginadas; la no vigilancia del ejercicio del derecho a la salud en el plano nacional, por ejemplo mediante la elaboración y aplicación de indicadores y bases de referencia; el hecho de no adoptar medidas para reducir la distribución no equitativa de los establecimientos, bienes y servicios de salud; la no adopción de un enfoque de la salud basado en la perspectiva de género; y el hecho de no reducir las tasas de mortalidad infantil y materna.

(...)

IV. IMPLEMENTACIÓN A NIVEL NACIONAL

Recursos y rendición de cuentas

59. Toda persona o todo grupo que sea víctima de una violación del derecho a la salud deberá contar con recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados en los planos nacional e internacional. Todas las víctimas de esas violaciones deberán tener derecho a una reparación adecuada, que podrá adoptar la forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos. Los defensores del pueblo, las comisiones de derechos humanos, los foros de consumidores, las asociaciones en pro de los derechos del paciente o las instituciones análogas de cada país deberán ocuparse de las violaciones del derecho a la salud...

62. Los Estados Partes deben respetar, proteger, facilitar y promover la labor realizada por los defensores de los derechos humanos y otros representantes de la sociedad civil con miras a ayudar a los grupos vulnerables o marginados a ejercer su derecho a la salud.

(...)

● *c. Recomendaciones Generales Adoptadas por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer*

De conformidad con lo dispuesto en el párrafo 1 del artículo 21 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, el Comité puede hacer sugerencias y recomendaciones de carácter general basadas en el examen de los informes y de los datos transmitidos por los Estados Partes. Esas sugerencias y recomendaciones de carácter general se incluirán en el informe del Comité junto con las observaciones de los Estados Partes, si las hubiere. Hasta la fecha el Comité ha adoptado un total de 20 recomendaciones generales.

● RECOMENDACIÓN GENERAL N° 9 (8° período de sesiones, 1989): ESTADÍSTICAS RELATIVAS A LA CONDICIÓN DE LA MUJER

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer,

Considerando que la información estadística es absolutamente necesaria para comprender la situación real de la mujer en cada uno de los Estados Partes en la

Convención,

Habiendo observado que muchos de los Estados Partes que someten sus informes al Comité para que los examine no proporcionan estadísticas,

Recomienda a los Estados Partes que hagan todo lo posible para asegurar que sus servicios estadísticos nacionales encargados de planificar los censos nacionales y otras encuestas sociales y económicas formulen cuestionarios de manera que los datos puedan desglosarse por sexo, en lo que se refiere a números absolutos y a porcentajes, para que los usuarios puedan obtener fácilmente información sobre la situación de la mujer en el sector concreto en que estén interesados.

● RECOMENDACIÓN GENERAL N° 19 (11º período de sesiones, 1992):
LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

(...)

5. El Comité sugirió a los Estados Partes que al examinar sus leyes y políticas, y al presentar informes de conformidad con la Convención tuviesen en cuenta las siguientes observaciones del Comité con respecto a la violencia contra la mujer.

6. El artículo 1 de la Convención define la discriminación contra la mujer. Esa definición incluye la violencia basada en el sexo, es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada. Incluye actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de la libertad. La violencia contra la mujer puede contravenir disposiciones de la Convención, sin tener en cuenta si hablan expresamente de la violencia.

7. La violencia contra la mujer, que menoscaba o anula el goce de sus derechos humanos y sus libertades fundamentales en virtud del derecho internacional o de los diversos convenios de derechos humanos, constituye discriminación, como la define el artículo 1 de la Convención. Esos derechos y libertades comprenden:

a) El derecho a la vida;

b) El derecho a no ser sometido a torturas o a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes;

- c) El derecho a protección en condiciones de igualdad con arreglo a normas humanitarias en tiempo de conflicto armado internacional o interno;
- d) El derecho a la libertad y a la seguridad personales;
- e) El derecho a igualdad ante la ley;
- f) El derecho a igualdad en la familia;
- g) El derecho al más alto nivel posible de salud física y mental;
- h) El derecho a condiciones de empleo justas y favorables.

8. La Convención se aplica a la violencia perpetrada por las autoridades públicas. Esos actos de violencia también pueden constituir una violación de las obligaciones del Estado en virtud del derecho internacional sobre derechos humanos u otros convenios, además de violar la Convención.

(...)

- Observación sobre Artículo 12

19. El artículo 12 requiere que los Estados Partes adopten medidas que garanticen la igualdad en materia de servicios de salud. La violencia contra la mujer pone en peligro su salud y su vida.

(...)

- Recomendaciones concretas

24. A la luz de las observaciones anteriores, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer recomienda que:

- a) Los Estados Partes adopten medidas apropiadas y eficaces para combatir los actos públicos o privados de violencia por razones de sexo (...)

- e) En los informes que presenten, los Estados Partes individualicen la índole y el alcance de las actitudes, costumbres y prácticas que perpetúan la violencia contra la mujer, y el tipo de violencia que engendran. Se debe informar sobre las medidas que hayan tomado para superar la violencia y sobre los resultados obtenidos.

f) Se adopten medidas eficaces para superar estas actitudes y prácticas. Los Estados deben introducir programas de educación y de información que ayuden a suprimir prejuicios que obstaculizan el logro de la igualdad de la mujer (Recomendación N° 3, 1987)...

m) Los Estados Partes aseguren que se tomen medidas para impedir la coacción con respecto a la fecundidad y la reproducción, y para que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos, como abortos ilegales, por falta de servicios apropiados en materia de control de la natalidad.

n) Los Estados Partes den a conocer en sus informes la amplitud de estos problemas e indiquen las medidas que hayan adoptado y sus resultados...

v) Los informes de los Estados Partes incluyan información acerca de las medidas jurídicas y de prevención y protección que se hayan adoptado para superar el problema de la violencia contra la mujer y acerca de la eficacia de esas medidas.

RECOMENDACIÓN GENERAL N° 21 (13th período de sesiones, 1994):

La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares.

(...)

- Artículo 16 (1) (e)...

En algunos informes se revelan prácticas coercitivas que tienen graves consecuencias para la mujer, como el embarazo, el aborto o la esterilización forzados. Las decisiones de tener o no tener hijos, si bien de preferencia deben adoptarse en consulta con el cónyuge o el compañero, no deben, pese a ello, estar limitadas por el cónyuge, el padre, el compañero o el gobierno. A fin de adoptar una decisión con conocimiento de causa respecto de medidas anticonceptivas seguras y fiables, las mujeres deben tener información respecto de medidas anticonceptivas y su empleo, así como acceso garantizado a la educación sexual y los servicios de planificación de la familia, según se dispone en el inciso h) del artículo 10 de la Convención...

RECOMENDACIÓN GENERAL N° 24 (20 período de sesiones, 1999): LA MUJER Y LA SALUD (Artículo 12)

- **Introducción**

1. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, afirmando que el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, decidió, en su 20° período de sesiones, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 21, hacer una recomendación general sobre el artículo 12 de la Convención.

- Antecedentes

2. El cumplimiento, por los Estados Partes, del artículo 12 de la Convención es de importancia capital para la salud y el bienestar de la mujer. De conformidad con el texto del artículo 12, los Estados eliminarán la discriminación contra la mujer en lo que respecta a su acceso a los servicios de atención médica durante todo su ciclo vital, en particular en relación con la planificación de la familia, el embarazo, el parto y el período posterior al parto. El examen de los informes presentados por los Estados Partes en cumplimiento del artículo 18 de la Convención revela que la salud de la mujer es una cuestión de reconocida importancia cuando se desea promover el bienestar de la mujer. En la presente Recomendación general, destinada tanto a los Estados Partes como a todos los que tienen un especial interés en las cuestiones relativas a la salud de la mujer, se ha procurado detallar la interpretación dada por el Comité al artículo 12 y se contemplan medidas encaminadas a eliminar la discriminación a fin de que la mujer pueda ejercer su derecho al más alto nivel posible de salud (...)

6. Si bien las diferencias biológicas entre mujeres y hombres pueden causar diferencias en el estado de salud, hay factores sociales que determinan el estado de salud de las mujeres y los hombres, y que pueden variar entre las propias mujeres. Por ello, debe prestarse especial atención a las necesidades y los derechos en materia de salud de las mujeres pertenecientes a grupos vulnerables y desfavorecidos como los de las emigrantes, las refugiadas y las desplazadas internas, las niñas y las ancianas, las mujeres que trabajan en la prostitución, las mujeres autóctonas y las mujeres con discapacidad física o mental (...)

- Artículo 12

8. El artículo 12 dice lo siguiente:

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

Se alienta a los Estados Partes a ocuparse de cuestiones relacionadas con la salud de la mujer a lo largo de toda la vida de ésta. Por lo tanto, a los efectos de la presente Recomendación general, el término “mujer” abarca asimismo a la niña y a la adolescente. En la presente Recomendación general se expone el análisis efectuado por el Comité de los elementos fundamentales del artículo 12.

- Elementos fundamentales

- Artículo 12, párrafo 1

9. Los Estados Partes son los que están en mejores condiciones de informar sobre las cuestiones de importancia crítica en materia de salud que afectan a las mujeres de cada país. Por lo tanto, a fin de que el Comité pueda evaluar si las medidas encaminadas a eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica son apropiadas, los Estados Partes deben basar su legislación y sus planes y políticas en materia de salud de la mujer en datos fidedignos sobre la incidencia y la gravedad de las enfermedades y las condiciones que ponen en peligro la salud y la nutrición de la mujer, así como la disponibilidad y eficacia en función del costo de las medidas preventivas y curativas. Los informes que se presentan al Comité deben demostrar que la legislación, los planes y las políticas en materia de salud se basan en investigaciones y evaluaciones científicas y éticas del estado y las necesidades de salud de la mujer en el país y tienen en cuenta todas las diferencias de carácter étnico, regional o a nivel de la comunidad, o las prácticas basadas en la religión, la tradición o la cultura.

10. Se alienta a los Estados Partes a que incluyan en los informes información sobre enfermedades o condiciones peligrosas para la salud que afectan a la mujer o a algunos grupos de mujeres de forma diferente que al hombre y sobre las posibles intervenciones a ese respecto.

11. Las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer. La negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria. Por ejemplo, si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios.

12. Los Estados Partes deberían informar sobre cómo interpretan la forma en que las políticas y las medidas sobre atención médica abordan los derechos de la mujer en materia de salud desde el punto de vista de las necesidades y los intereses propios de la mujer y en qué forma la atención médica tiene en cuenta características y factores privativos de la mujer en relación con el hombre, como los siguientes:

a) Factores biológicos que son diferentes para la mujer y el hombre, como la menstruación, la función reproductiva y la menopausia. Otro ejemplo es el mayor riesgo que corre la mujer de resultar expuesta a enfermedades transmitidas por contacto sexual;

b) Factores socioeconómicos que son diferentes para la mujer en general y para algunos grupos de mujeres en particular. Por ejemplo, la desigual relación de poder entre la mujer y el hombre en el hogar y en el lugar de trabajo puede repercutir negativamente en la salud y la nutrición de la mujer. Las distintas formas de violencia de que ésta pueda ser objeto pueden afectar a su salud. Las niñas y las adolescentes con frecuencia están expuestas a abuso sexual por parte de familiares y hombres mayores; en consecuencia, corren el riesgo de sufrir daños físicos y psicológicos y embarazos indeseados o prematuros. Algunas prácticas culturales o tradicionales, como la mutilación genital de la mujer, conllevan también un elevado riesgo de muerte y discapacidad; (...)

d) La falta de respeto del carácter confidencial de la información afecta tanto al hombre como a la mujer, pero puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para tratar

enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física.

13. El deber de los Estados Partes de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a los servicios de atención médica, la información y la educación, entraña la obligación de respetar y proteger los derechos de la mujer en materia de atención médica y velar por su ejercicio. Los Estados Partes han de garantizar el cumplimiento de esas tres obligaciones en su legislación, sus medidas ejecutivas y sus políticas. También deben establecer un sistema que garantice la eficacia de las medidas judiciales. El hecho de no hacerlo constituirá una violación del artículo 12.

14. La obligación de respetar los derechos exige que los Estados Partes se abstengan de poner trabas a las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud. Los Estados Partes han de informar sobre el modo en que los encargados de prestar servicios de atención de la salud en los sectores público y privado cumplen con su obligación de respetar el derecho de la mujer de acceder a la atención médica. Por ejemplo, los Estados Partes no deben restringir el acceso de la mujer a los servicios de atención médica ni a los dispensarios que los prestan por el hecho de carecer de autorización de su esposo, su compañero, sus padres o las autoridades de salud, por no estar casada o por su condición de mujer. El acceso de la mujer a una adecuada atención médica tropieza también con otros obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones.

15. La obligación de proteger los derechos relativos a la salud de la mujer exige que los Estados Partes, sus agentes y sus funcionarios adopten medidas para impedir la violación de esos derechos por parte de los particulares y organizaciones e imponga sanciones a quienes cometan esas violaciones. Puesto que la violencia por motivos de género es una cuestión relativa a la salud de importancia crítica para la mujer, los Estados Partes deben garantizar:

a) La promulgación y aplicación eficaz de leyes y la formulación de políticas, incluidos los protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios, que aborden la violencia contra la mujer y los abusos deshonestos de las niñas, y la prestación de los servicios sanitarios apropiados;

b) La capacitación de los trabajadores de la salud sobre cuestiones relacionadas con el género de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en el género;

c) Los procedimientos justos y seguros para atender las denuncias e imponer las sanciones correspondientes a los profesionales de la salud culpables de haber cometido abusos sexuales contra las pacientes;

d) La promulgación y aplicación eficaz de leyes que prohíben la mutilación genital de la mujer y el matrimonio precoz.

(...)

17. El deber de velar por el ejercicio de esos derechos impone a los Estados Partes la obligación de adoptar medidas adecuadas de carácter legislativo, judicial, administrativo, presupuestario, económico y de otra índole en el mayor grado que lo permitan los recursos disponibles para que la mujer pueda disfrutar de sus derechos a la atención médica. Los estudios que ponen de relieve las elevadas tasas mundiales de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad y el gran número de parejas que desean limitar el número de hijos pero que no tienen acceso a ningún tipo de anticonceptivos o no los utilizan constituyen una indicación importante para los Estados Partes de la posible violación de sus obligaciones de garantizar el acceso a la atención médica de la mujer. El Comité pide a los Estados Partes que informen sobre las medidas que han adoptado para abordar en toda su magnitud el problema de la mala salud de la mujer, particularmente cuando dimana de enfermedades que pueden prevenirse, como la tuberculosis y el VIH/SIDA. Preocupa al Comité el hecho de que cada vez se da más el caso de que los Estados renuncian a cumplir esas obligaciones, ya que transfieren a organismos privados funciones estatales en materia de salud. Los Estados Partes no pueden eximirse de su responsabilidad en esos ámbitos mediante una delegación o transferencia de esas facultades a organismos del sector privado. Por ello, los Estados Partes deben informar sobre las medidas que hayan adoptado para organizar su administración y todas las estructuras de las que se sirven los poderes públicos para promover y proteger la salud de la mujer, así como sobre las medidas positivas que hayan adoptado para poner coto a las violaciones cometidas por terceros de los derechos de la mujer y sobre las medidas que hayan adoptado para asegurar la prestación de esos servicios.

(...)

19. En sus informes, los Estados Partes deben indicar qué criterios utilizan para determinar si la mujer tiene acceso a la atención médica, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, lo que permitirá determinar en qué medida cumplen con lo dispuesto en el artículo 12. Al utilizar esos criterios, los Estados Partes deben tener presente lo dispuesto en el artículo 1 de la Convención. Por ello, los informes deben incluir observaciones sobre las repercusiones que tengan para la mujer, por comparación con el hombre, las políticas, los procedimientos, las leyes y los protocolos en materia de atención médica.

20. Las mujeres tienen el derecho a estar plenamente informadas por personal debidamente capacitado de sus opciones al aceptar tratamiento o investigación, incluidos los posibles beneficios y los posibles efectos desfavorables de los procedimientos propuestos y las opciones disponibles.

21. Los Estados Partes deben informar sobre las medidas que han adoptado para eliminar los obstáculos con que tropieza la mujer para acceder a servicios de atención médica, así como sobre las medidas que han adoptado para velar por el acceso oportuno y asequible de la mujer a dichos servicios. Esos obstáculos incluyen requisitos o condiciones que menoscaban el acceso de la mujer, como los honorarios elevados de los servicios de atención médica, el requisito de la autorización previa del cónyuge, el padre o las autoridades sanitarias, la lejanía de los centros de salud y la falta de transporte público adecuado y asequible.

22. Además, los Estados Partes deben informar sobre las medidas que han adoptado para garantizar el acceso a servicios de atención médica de calidad, lo que entraña, por ejemplo, lograr que sean aceptables para la mujer. Son aceptables los servicios que se prestan si se garantiza el consentimiento previo de la mujer con pleno conocimiento de causa, se respeta su dignidad, se garantiza su intimidad y se tienen en cuenta sus necesidades y perspectivas. Los Estados Partes no deben permitir formas de coerción, tales como la esterilización sin consentimiento o las pruebas obligatorias de enfermedades venéreas o de embarazo como condición para el empleo, que violan el derecho de la mujer a la dignidad y dar su consentimiento con conocimiento de causa.

23. En sus informes, los Estados Partes deben indicar qué medidas han adoptado para garantizar el acceso oportuno a la gama de servicios relacionados con la planificación de la familia en particular y con la salud sexual y genésica en general. Se debe prestar atención especial a la educación sanitaria de los adolescentes, incluso proporcionarles información y asesoramiento sobre todos los métodos de

planificación de la familia.

(...)

- Artículo 12, párrafo 2

26. En sus informes, los Estados Partes han de indicar también qué medidas han adoptado para garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto. Asimismo debe indicarse en qué proporción han disminuído en su país en general y en las regiones y comunidades vulnerables en particular las tasas de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad de resultas de la adopción de esas medidas.

27. En sus informes, los Estados Partes deben indicar en qué medida prestan los servicios gratuitos necesarios para garantizar que los embarazos, los partos y los puerperios tengan lugar en condiciones de seguridad. Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad. El Comité observa que es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles.

- Otros artículos pertinentes de la Convención

28. Se insta a los Estados Partes a que, cuando informen sobre las medidas adoptadas en cumplimiento del artículo 12, reconozcan su vinculación con otros artículos de la Convención relativos a la salud de la mujer. Entre esos otros artículos figuran el apartado b) del artículo 5, que exige que los Estados Partes garanticen que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social; el artículo 10, en el que se exige que los Estados Partes aseguren las mismas oportunidades de acceso a los programas de educación, los cuales permitirán que la mujer tenga un acceso más fácil a la atención médica, reduzcan la tasa de abandono femenino de los estudios, que frecuentemente obedece a embarazos prematuros; el apartado h) del párrafo 10, que exige que los Estados Partes faciliten a mujeres y niñas acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia; el artículo 11, que se ocupa en parte de la protección de

la salud y la seguridad de la mujer en las condiciones de trabajo, lo que incluye la salvaguardia de la función de reproducción, la protección especial a la mujer durante el embarazo en los tipos de trabajo que se haya probado puedan resultar perjudiciales para ella y la implantación de la licencia de maternidad; el apartado b) del párrafo 2 del artículo 14, que exige que los Estados Partes aseguren a la mujer de las zonas rurales el acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia; y el apartado h) del párrafo 2 del artículo 14, que obliga a los Estados Partes a adoptar todas las medidas apropiadas para garantizar condiciones de vida adecuadas, particularmente en las esferas de la vivienda, los servicios sanitarios, la electricidad y el abastecimiento de agua, el transporte y las comunicaciones, sectores todos ellos primordiales para prevenir las enfermedades y fomentar una buena atención médica; y el apartado e) del párrafo 1 del artículo 16, que exige que los Estados Partes aseguren que la mujer tenga los mismos derechos que el hombre a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer esos derechos. Además, en el párrafo 2 del artículo 16 se prohíben los esponsales y el matrimonio de niños, lo que tiene importancia para impedir el daño físico y emocional que causan a la mujer los partos a edad temprana.

- Recomendaciones para la adopción de medidas por parte de los gobiernos

29. Los Estados Partes deberían ejecutar una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida. Esto incluirá intervenciones dirigidas a la prevención y el tratamiento de enfermedades y afecciones que atañen a la mujer, al igual que respuestas a la violencia contra la mujer, y a garantizar el acceso universal de todas las mujeres a una plena variedad de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y genésica.

30. Los Estados Partes deberían 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, teniendo en cuenta sus diferentes necesidades en materia de salud.

31. Los Estados Partes también deberían, en particular:

a) Situar una perspectiva de género en el centro de todas las políticas y los programas

que afecten a la salud de la mujer y hacer participar a ésta en la planificación, la ejecución y la vigilancia de dichas políticas y programas y en la prestación de servicios de salud a la mujer;

b) Garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, inclusive en la esfera de la salud sexual y genésica y, en particular, asignar recursos a programas orientados a las adolescentes para la prevención y el tratamiento de enfermedades venéreas, incluido el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA);

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 derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal. En la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos;

d) 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;

e) 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;

f) Velar porque los programas de estudios para la formación de los trabajadores sanitarios incluyan cursos amplios, obligatorios y que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia basada en el género.

2.3.2. Observaciones finales

● **OBSERVACIONES FINALES del Comité de Derechos Humanos**

ARGENTINA: 2000 (03/11/2000, CCPR/CO/70/ARG., 70º período de sesiones)

El Comité examinó los informes presentados por los Estados Partes de conformidad con el artículo 40 del Pacto.

(En sus sesiones 1883ª y 1884ª (CCPR/C/SR.1883 y 1884), celebradas los días 25 y 26 de octubre de 2000, el Comité examinó el tercer informe periódico de la Argentina (CCPR/ C/ARG/98/3). En su 1893ª sesión (CCPR/C/SR.1893), celebrada el 1º de noviembre de 2000, el Comité adoptó las siguientes observaciones finales).

● Introducción

2. El Comité observa que el sistema de gobierno federal del Estado Parte entraña una responsabilidad de las provincias en la observancia de muchos de los derechos previstos en el Pacto y necesita, pues, información complementaria sobre las disposiciones normativas y las medidas tomadas en el plano provincial para evaluar el progreso en la observancia de los derechos enunciados en el Pacto, de conformidad con el artículo 50 del Pacto.

Principales motivos de preocupación y recomendaciones

7. El Comité está preocupado por la incertidumbre persistente en relación con el reconocimiento de los derechos del Pacto en la legislación nacional. Pese a la seguridad que se da de que el Pacto tiene rango constitucional y se le puede, por tanto, invocar directamente ante los tribunales, el Comité observa que el Estado Parte describe su aplicación como “complementaria” de la Constitución, sin otra precisión. Observa también que el sistema federal de gobierno confiere a las provincias autoridad en sectores críticos, como la administración de justicia, con el resultado de que el Pacto no se aplica de manera uniforme en las diferentes regiones del territorio del Estado Parte.

El Comité, recordando la responsabilidad del Estado Parte respecto del cumplimiento de las obligaciones a tenor del Pacto, recomienda que en el cuarto

informe periódico se aclare la jerarquía de los derechos enunciados en el Pacto, con ejemplos concretos de casos en los que se les haya invocado ante los tribunales. El próximo informe debe contener también información sobre disposiciones jurídicas y de otra clase tomadas para la aplicación del Pacto en el plano provincial, con objeto de velar por que toda persona pueda gozar de sus derechos en todo el territorio del Estado Parte.

11. Además, en relación con el artículo 7 del Pacto, el Comité lamenta que en el presente informe no se aborden debidamente las cuestiones de la tortura y del uso excesivo de la fuerza por los miembros de la policía. El Comité está preocupado ante las alegaciones que ha recibido y que indican que se trata de un problema general y que los mecanismos gubernamentales establecidos para resolverlo son inadecuados.

El Comité recomienda que el Estado Parte incluya en su próximo informe datos detallados acerca del número de reclamaciones recibidas por tortura y malos tratos infligidos por la policía, incluidos los recursos y posibilidades de apelación de que disponen los reclamantes, el resultado de las reclamaciones, el tipo de sanción disciplinaria o punitiva que se impone a los culpables reconocidos de esas prácticas y las responsabilidades específicas de todos los órganos pertinentes del Estado en los planos federal y provincial.

(...)

13. En cuanto a los derechos relacionados con la salud reproductiva, preocupa al Comité que la criminalización del aborto disuada a los médicos de aplicar este procedimiento sin mandato judicial incluso cuando la ley se lo permite, por ejemplo, cuando existe un claro riesgo para la salud de la madre o cuando el embarazo resulta de la violación de una mujer con discapacidad mental. El Comité expresa también su inquietud ante los aspectos discriminatorios de las leyes y políticas vigentes, que da como resultado un recurso desproporcionado de las mujeres pobres y de las que habitan en zonas rurales a un aborto ilegal y arriesgado.

El Comité recomienda que el Estado Parte tome medidas para aplicar la Ley de salud reproductiva y procreación responsable de julio de 2000, gracias a la cual se dará asesoramiento sobre planificación familiar y se dispensarán contraceptivos con objeto de ofrecer a la mujer verdaderas alternativas. El Comité recomienda además que se reexaminen periódicamente las leyes y las políticas en materia de planificación familiar. Las mujeres deben poder recurrir a los métodos de

planificación familiar y al procedimiento de esterilización y en los casos en que se pueda practicar legalmente el aborto, se deben suprimir todos los obstáculos a su obtención. Se debe modificar la legislación nacional para autorizar el aborto en todos los casos de embarazo por violación.

14. En relación con el artículo 3 del Pacto, el Comité considera inquietante que, pese a importantes progresos, las actitudes tradicionales hacia la mujer sigan ejerciendo una influencia negativa en su disfrute de los derechos enunciados en el Pacto. Preocupa en especial al Comité la alta incidencia de casos de violencia contra mujeres, incluidas la violación y la violencia doméstica. También preocupan el acoso sexual y otras manifestaciones de discriminación en los sectores público y privado. El Comité observa asimismo que no se lleva sistemáticamente información sobre estos asuntos, que las mujeres tienen un escaso conocimiento de sus derechos y de los recursos de que disponen y de que no se tramitan debidamente las denuncias. El Comité recomienda que se emprenda una campaña de información en gran escala para promover el conocimiento que las mujeres tienen de sus derechos y de los recursos de que disponen. El Comité insta a que se reúnan sistemáticamente y se archiven datos fiables sobre la incidencia de la violencia y la discriminación contra la mujer en todas sus formas y a que se faciliten estos datos en el próximo informe periódico.

15. El Comité reitera su inquietud ante el trato preferencial, incluidas subvenciones financieras, que recibe la Iglesia Católica en comparación con otras confesiones, lo que constituye discriminación por razones religiosas en virtud del artículo 26 del Pacto.

16. El Comité pide que el cuarto informe periódico se presente a más tardar el 31 de octubre de 2005. Pide también que se faciliten en dicho informe las oportunas estadísticas desglosadas por principales motivos de preocupación. El Comité pide además que las presentes observaciones finales y el próximo informe periódico se difundan ampliamente entre la opinión pública, incluidas la sociedad civil y las organizaciones no gubernamentales que despliegan actividades en el Estado Parte.

● **Observaciones Finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales**

- 1999 (08/12/99, E/C.12/1/Add.38)

(...)

23. El Comité está preocupado de que el derecho a la salud no está siendo plenamente implementado en el Estado Parte. En particular está preocupado en relación a las condiciones en los hospitales públicos en general y con los hospitales psiquiátricos en particular.

24. El Comité está preocupado acerca de la salud de las mujeres embarazadas, en particular la relativamente alta tasa de mortalidad materna y los altos números de embarazo adolescente.

25. El Comité también nota con preocupación la creciente incidencia de violencia contra las mujeres, en particular la violencia doméstica...

38. El Comité urge al Estado Parte a revisar sus políticas de salud, y en particular, a prestar atención a los temas de salud mental, mortalidad materna, embarazo adolescente y HIV/SIDA, y debe proveer al Comité con estadísticas completas en su próximo reporte periódico.

39. El Comité urge al Estado Parte a intensificar sus esfuerzos para combatir el problema de la violencia contra las mujeres, en particular la violencia doméstica...

- Observaciones Finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer

- ARGENTINA: 1997 (12/08/97, A/52/38/Rev.1, Part II paras.273-321.)

El Comité examinó los informes periódicos segundo y tercero de la Argentina (CEDAW/C/ARG/2 y Add. 1 y 2 y CEDAW/C/ARG/3) en sus sesiones 355ª y 356ª, celebradas el 22 de julio de 1997 (véase CEDAW/C/SR.355 y 356)...

- Factores y dificultades que afectan a la aplicación de la Convención

El Comité expresó inquietud por las consecuencias negativas de las reformas económicas para la mujer, y por las enmiendas introducidas recientemente en las leyes laborales y de seguridad social.

El Comité expresó preocupación por la persistencia de los estereotipos de las funciones sociales de la mujer y del hombre.

- Principales esferas de preocupación

El Comité demostró inquietud porque, pese al desarrollo económico y social de la Argentina, seguían siendo elevadas la mortalidad y la morbilidad de la mujer como consecuencia del parto y los abortos.

- Sugerencias y recomendaciones...

304. El Comité está preocupado acerca del hecho que, a pesar del desarrollo económico y social en Argentina, la mortalidad y morbilidad materna debido al parto y al aborto se mantiene alta...

310. El Comité sugirió que se mantuvieran y reforzaran los programas para sensibilizar a la policía, a los jueces y a los profesionales de la salud en relación con la gravedad de todas las formas de violencia contra la mujer...

318. El Comité sugirió que se adoptaran más medidas de todo tipo para reducir la mortalidad y la morbilidad derivadas de la maternidad.

319. El Comité recomendó que se revisara la legislación por la que se penaliza a las mujeres que optan por el aborto...

El Comité recomendó que se intensificaran los programas y servicios dirigidos a las mujeres rurales...

- ARGENTINA: 2002 - (26° período de sesiones (14 de enero a 1° de febrero de 2002), 27° período de sesiones (3 a 21 de junio de 2002), período extraordinario de sesiones (5 a 23 de agosto de 2002) Asamblea General,

Documentos Oficiales, Quincuagésimo séptimo período de sesiones, Suplemento No. 38 (A/57/38). El Comité examinó los informes periódicos cuarto y quinto de la Argentina (CEDAW/C/ARG/4) y (CEDAW/C/ARG/5) en su sesión 584^a, celebrada el 16 de agosto de 2002 (véase CEDAW/C/SR.584).

PARTE I: PRESENTACIÓN DEL INFORME POR EL ESTADO PARTE

341. La representante ofreció un panorama general de la situación institucional, social y económica que vivía su país a raíz de la grave crisis que había estallado en diciembre de 2001 y expuso cómo había afectado dicha crisis a las mujeres en particular.

La tasa de desempleo había ido en aumento desde 1995 y había alcanzado un máximo histórico en 2002. Sólo se disponía de datos desglosados por sexo sobre este fenómeno de las zonas del Gran Buenos Aires, en las que afectaba más a los hombres (23,2%) que a las mujeres (20,1%). Pese a la crisis actual, el Gobierno había adoptado medidas para aumentar el número de trabajadoras fijando cuotas de mujeres en los planes de empleo y en los cursos de formación profesional.

(...)

PARTE II: OBSERVACIONES FINALES DEL COMITÉ

(...)

Solicitud de un informe de seguimiento

353. El Comité manifiesta su insatisfacción por la falta de información durante el diálogo constructivo sobre el impacto de la crisis en la población femenina del país que incide negativamente en la aplicación de la Convención; por ello el Comité decide solicitar al Estado Parte, en cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 18.1, inciso b, de la Convención, la presentación de un informe de seguimiento, en enero de 2004 para que sea analizado por el Comité en junio de 2004.

354. El Comité aclara que en ningún caso el informe de seguimiento sustituirá la presentación del sexto informe periódico de la Argentina, previsto para el 14 de agosto de 2006, según lo dispuesto en el artículo 18 de la Convención.

355. El informe de seguimiento solicitado deberá tener en cuenta las esferas de preocupación de acuerdo a la Convención, señaladas en los párrafos que se indican a continuación y dar respuestas a las recomendaciones formuladas por el Comité en estas observaciones finales, así como incluir información amplia, actualizada y sistemática, incluyendo datos desagregados por sexo en la medida de sus posibilidades, del impacto de la crisis en la población femenina del país y de las medidas adoptadas para reducir y superar sus efectos negativos en las mujeres.

Principales esferas de preocupación y recomendaciones

356. Preocupa al Comité la situación de las mujeres como resultado del aumento creciente de la pobreza, y la pobreza extrema, que se ha extendido a más de la mitad de la población, y que puede recaer en forma desproporcionada en la población femenina.

En especial, preocupan al Comité las mujeres jefas de hogar que viven en la pobreza y se encuentran desocupadas, con hijas e hijos a su cargo, las mujeres de las zonas rurales, de las poblaciones indígenas y de los sectores más vulnerables de la población.

357. El Comité recomienda que el Estado Parte preste especial y permanente atención

a la situación de las mujeres y tome todas las medidas necesarias para evitar que el mayor peso de la crisis recaiga sobre ellas, en especial en las zonas rurales, las poblaciones indígenas y los sectores más vulnerables de la población.

También pide al Estado Parte que en el Programa para Jefes y Jefas de hogar desocupadas y con hijos menores de 18 años o discapacitados a su cargo, se tenga en cuenta una perspectiva de género a fin de que los pocos recursos para subsidios sociales de los que se dispone, puedan distribuirse sin discriminación.

358. Preocupa al Comité la precariedad del empleo femenino, en particular, la situación de las mujeres desempleadas y las trabajadoras del sector informal.

359. El Comité recomienda al Estado Parte que se realicen todos los esfuerzos necesarios para garantizar el cumplimiento de la legislación laboral y proteger a las mujeres de la violación de sus derechos laborales básicos y de los despidos discriminatorios.

360. Preocupan al Comité la alta tasa de mortalidad materna y que, con el creciente deterioro de los servicios de salud, las mujeres, y en particular las que se encuentran en situación de vulnerabilidad, se vean desprotegidas de su derecho a la atención integral a la salud, en particular, la salud sexual y reproductiva. Asimismo, el Comité expresa preocupación porque, en este contexto crítico, se tienda a incrementar la incidencia del VIH/SIDA, especialmente entre las mujeres.

361. El Comité recomienda que el Estado Parte garantice el acceso de las mujeres a los servicios de salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y que adopte las medidas necesarias para reducir la alta tasa de mortalidad materna.

El Comité le recomienda también que preste especial atención a la prevención del VIH/SIDA y a la lucha contra él.

362. Preocupa al Comité que la crisis haya afectado sensiblemente al acceso de las mujeres, en particular de las niñas, a la educación pública, por falta de recursos para iniciar o continuar sus estudios.

363. El Comité recomienda al Estado Parte a que se desplieguen todos los esfuerzos posibles para garantizar el acceso de las niñas en condiciones de igualdad con los niños a la educación prestando especial atención a aquéllas de sectores más vulnerables.

364. Preocupa al Comité que, si bien el Estado Parte cuenta con un amplio marco

normativo en el ámbito de la prevención y el tratamiento de la violencia intrafamiliar, este problema se ha agravado en la situación actual. Preocupa al Comité que la crisis pudiera aumentar el riesgo de la trata de mujeres y niñas, así como la explotación con fines de prostitución.

365. El Comité pide al Estado Parte que se tenga en cuenta la Recomendación 19 sobre violencia contra la mujer y se tomen todas las medidas necesarias para proteger integralmente a las víctimas, penalizar a los agresores y contrarrestar la tendencia creciente de esta problemática. El Comité solicita al Estado Parte que evalúe la problemática de la trata, sobre todo, de mujeres y niñas y que refuerce las medidas internas y, en su caso, internacionales con países que constituyan origen, tránsito o destino de la explotación de las mujeres y niñas víctimas de trata en particular para prevenir la explotación de la prostitución.

366. El Comité observa con preocupación el intento de desjerarquización institucional del Consejo Nacional de la Mujer, así como la falta de una estrategia formal de articulación y coordinación entre las distintas agencias estatales.

367. El Comité advierte de la importancia de la continuidad, autonomía de gestión y coordinación del mecanismo nacional para el avance de las mujeres en estos momentos de crisis en el país y recomienda su fortalecimiento.

368. El Comité recomienda al Estado Parte incluir e involucrar a las mujeres en el proceso de reconstrucción económica, financiera, política y social del país.

369. El Comité pide que la Argentina dé amplia difusión a las presentes observaciones finales con objeto de que la población del país, en particular los funcionarios públicos y los políticos, tengan conocimiento de las medidas que se han adoptado para asegurar la igualdad de hecho y de derecho de la mujer, y las medidas que deben adoptarse por tal fin.

(...)

- Observaciones finales sobre el informe de seguimiento del cuarto y quinto reporte del Estado adoptadas en 2004.

356. El Comité examinó el informe de seguimiento del cuarto y quinto informe periódico de la Argentina (CEDAW/C/ARG/5/Add.1) en su 660ª sesión,

celebrada el 16 de julio de 2004 (véase CEDAW/C/SR.660).

(...)

370. Si bien celebra los esfuerzos realizados por el Estado Parte, al Comité le preocupa que el mecanismo nacional para el adelanto de la mujer carezca de recursos financieros y humanos suficientes para la eficaz promoción del adelanto de la mujer y la igualdad entre los géneros en la etapa actual de renovación política, económica y social. Al Comité también le preocupa que el Consejo Nacional de la Mujer tenga un papel limitado en la estructura gubernamental y no forme parte del Gabinete Presidencial.

371. El Comité recomienda que el Estado Parte fortalezca el mecanismo nacional existente a fin de lograr que tenga mayor eficacia como catalizador para la igualdad entre los géneros en todas las esferas de la vida del país, y tanto en el plano federal como en los planos provincial y local, suministrándole un grado suficiente de visibilidad, poder, y recursos humanos y financieros en todos los niveles y mejorando su capacidad para coordinar eficazmente la labor de los mecanismos existentes en los planos nacional y local. Asimismo exhorta al Estado Parte a que fortalezca la capacidad del mecanismo para llevar a cabo con eficacia actividades encaminadas a lograr el adelanto de la mujer y la promoción de la igualdad entre los géneros, y a asegurar que las perspectivas de género se incorporen en todas las políticas y programas.

372. Si bien celebra la adopción y la aplicación de políticas y programas sociales y económicos encaminados a contrarrestar los efectos de la crisis en el país, en particular el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria, el Plan Nacional de Desarrollo Local y Economía Social, el Plan Familia, la Ley de Emergencia Económica, la Ley de Emergencia Sanitaria, el Programa Nacional de Emergencia Alimentaria y el Programa Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, al Comité le preocupa que las mujeres sean principalmente beneficiarias de dichas medidas, en lugar de ser participantes y actoras en pie de igualdad en su diseño y su aplicación. Al Comité le preocupa que ese enfoque pueda perpetuar visiones estereotipadas acerca del papel de las mujeres y los hombres en lugar de prestar un apoyo efectivo a la potenciación política y económica de la mujer.

373. El Comité recomienda que el Estado Parte haga hincapié en el enfoque de potenciación de la mujer e incorpore perspectivas de género en todos sus proyectos, políticas y programas sociales y económicos, de forma de asegurar que apoyen el logro del objetivo de la igualdad entre los géneros y el goce de sus derechos humanos

por parte de las mujeres. Invita al Estado Parte a evaluar periódicamente tales medidas, así como su incidencia en las mujeres de forma de asegurar que no perpetúen la discriminación contra la mujer.

374. Al Comité le preocupan las malas condiciones de trabajo de las mujeres en los sectores estructurado y no estructurado de la economía. En particular, le preocupa la persistencia de desigualdades de carácter discriminatorio entre la remuneración de las mujeres y la de los hombres, así como la falta de prestaciones y servicios sociales para las mujeres. Preocupa al Comité que, en la situación reinante de dificultad e incertidumbre económicas, las mujeres puedan enfrentarse a obstáculos mayores que los habituales para hacer valer sus derechos y tomar medidas contra las prácticas y actitudes discriminatorias en su empleo y en sus actividades económicas.

375. El Comité insta al Estado Parte a que haga todos los esfuerzos necesarios por asegurar la aplicación de la legislación que obliga a los empleadores a pagar una remuneración igual por un trabajo igual, y asimismo a que se esfuerce por asegurar que las mujeres obtengan prestaciones y servicios sociales adecuados. Asimismo exhorta al Estado Parte a que asegure la plena observancia de la legislación vigente, de forma que las mujeres puedan utilizar los recursos disponibles sin temor a represalias por parte de sus empleadores.

376. Al Comité le preocupa la situación de las mujeres de las zonas rurales, particularmente habida cuenta de su extrema pobreza y su falta de acceso a la atención de la salud, la educación, las posibilidades de obtención de crédito y los servicios comunitarios.

377. El Comité insta al Estado Parte a que preste especial atención a las necesidades de las mujeres de las zonas rurales, velando porque participen en los procesos de adopción de decisiones y tengan pleno acceso a la educación, los servicios de atención de la salud y las posibilidades de obtención de crédito.

378. El Comité expresa su preocupación por el incremento en la incidencia de la violencia contra las mujeres, en particular la violencia doméstica y el acoso sexual en el lugar de trabajo, que puede estar correlacionado con la crisis existente en el país. Al Comité le preocupa asimismo que los autores de actos de violencia escapen con frecuencia al castigo.

379. El Comité insta al Estado Parte a que vele por la aplicación de un enfoque comprensivo en relación con la violencia contra las mujeres y las niñas, teniendo en

cuenta su recomendación general 19 sobre la violencia contra la mujer. Dicho enfoque debe comprender la aplicación efectiva de la legislación vigente, a nivel provincial, para luchar contra todas las formas de violencia contra las mujeres. Además, el Comité insta al Estado Parte a que considere la posibilidad de sancionar a nivel federal una ley aplicable en todo el territorio del país, con el fin de combatir y erradicar la violencia contra las mujeres y asegurar que las mujeres que son víctimas de la violencia y el acoso sexual tengan acceso a medios de protección y recursos eficaces, y que los autores de tales actos sean efectivamente enjuiciados y castigados, y que las mujeres sean efectivamente protegidas contra las represalias. El Comité recomienda también que el Estado Parte inicie una campaña nacional de sensibilización pública sobre la violencia contra las mujeres y la inaceptabilidad social y moral de dicha violencia, especialmente en el período de dificultades que vive actualmente el país, y que incremente sus esfuerzos por impartir a los funcionarios públicos, en particular el personal encargado de hacer cumplir la ley, el personal del Poder Judicial y los profesionales de la salud, una capacitación sensible a las cuestiones de género en lo tocante a la violencia contra las mujeres, que constituye una violación de los derechos humanos de las mujeres.

380. Si bien celebra el establecimiento del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, al Comité le preocupa la falta de información sobre los esfuerzos del Estado Parte por evaluar la eficacia de dicho Programa. El Comité expresa también su preocupación por la elevada tasa de embarazo de adolescentes, por la elevada tasa de mortalidad materna, la tercera parte de la cual se debe a los abortos ilegales, y por el incremento de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA. Al Comité también le preocupa que la crisis esté teniendo una incidencia negativa en el acceso de las mujeres y las adolescentes a servicios completos de salud, en particular en lo tocante a la salud reproductiva y sexual.

381. El Comité insta al Estado Parte a que vele por asegurar que en el momento actual se garantice a las mujeres y las adolescentes el acceso a los servicios de salud, en particular de salud reproductiva y sexual. Exhorta al Estado Parte a asegurar que en todas las escuelas se imparta educación en materia de salud sexual y reproductiva⁵¹. Asimismo insta al Estado Parte a que tome todas las medidas

⁵¹ Se ha dictado la Ley Nº 26.150 de creación del Programa Nacional de Educación Sexual Integral, (sancionada: 4 de octubre de 2006), de vigencia sólo para establecimientos educativos públicos, quedando a cargo de cada jurisdicción

– nacional y provincial

– la implementación de los programas respectivos. En la actualidad, algunas provincias del Estado argentino han sancionado leyes al respecto.

necesarias para reducir la elevada tasa de mortalidad materna, así como la tasa de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, entre las mujeres. El Comité pide al Estado Parte que en su próximo informe periódico incluya información completa sobre la evaluación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

382. Al Comité le preocupa que en el informe se brinden insuficientes datos sobre los tipos de enseñanza profesional y técnica por sexo y por esfera de estudio, así como por la falta de información sobre la forma y los niveles en que se imparte la educación sexual.

383. El Comité pide al Estado Parte que en su próximo informe incluya datos e información completos sobre la situación y las oportunidades educacionales de las mujeres, en particular sobre la enseñanza profesional. El Comité pide al Estado Parte que en su próximo informe brinde información sobre la existencia y la prestación de servicios de educación sexual.

384. El Comité insta al Estado Parte a que ratifique el Protocolo Facultativo de la Convención⁵² y a que acepte, lo antes posible, la enmienda del párrafo 1 del artículo 20 de la Convención, relativo a la fecha de las reuniones del Comité.

385. El Comité pide al Estado Parte que en su próximo informe responda a las preocupaciones expresadas en las presentes observaciones finales. Invita al Estado Parte a que prepare su próximo informe periódico ajustándose a las directrices del Comité para la presentación de informes.

386. El Comité señala que la adhesión de los Estados a los siete instrumentos internacionales principales de derechos humanos, a saber, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, la Convención sobre los Derechos del Niño y la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares potencia el disfrute por la mujer de sus derechos humanos y libertades fundamentales en todos los aspectos de la vida. Por tanto, el Comité alienta al Gobierno de la Argentina a que considere la posibilidad

⁵² El Protocolo Facultativo fue ratificado en marzo de 2007 mediante Ley 26.171.

de ratificar el tratado del que todavía no es parte, a saber, la Convención Internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares.

387. El Comité pide que se difundan ampliamente en la Argentina las presentes observaciones finales, a fin de que el pueblo de la Argentina, en particular los funcionarios, los políticos, los parlamentarios y las organizaciones no gubernamentales de mujeres, sean conscientes de las medidas que se han adoptado o es preciso adoptar en el futuro para garantizar la igualdad de jure y de facto de la mujer. También pide al Gobierno que siga difundiendo ampliamente, en particular entre las organizaciones de mujeres y de derechos humanos, la Convención y su Protocolo Facultativo, las recomendaciones generales del Comité, la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing y los resultados del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General titulado “La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI”.

● **Observaciones Finales del Comité para los Derechos de Niñas y Niños**

- 1995 (15/02/95, CRC/C/15/Add.35.)

(...)

19. El Comité sugiere que el Estado Parte considere comprometerse a mayores esfuerzos para proveer educación familiar y desarrollar conocimiento sobre la igual responsabilidad de los padres. Los programas de educación de la salud deben ser desarrollados para enfrentar la alta incidencia de embarazo adolescente.

(...)

- Observaciones finales sobre el segundo reporte del Estado, adoptadas el 4 de octubre de 2002.

1. El Comité examinó el segundo informe periódico de la Argentina (CRC/C/70/Add.10), presentado el 12 de agosto de 1999, en sus sesiones 807^a y 808^a (CRC/C/SR.807 y 808), celebradas el 17 de septiembre de 2002, y en su 833^a sesión (CRC/C/SR.833), aprobó las observaciones finales que figuran a continuación.

[Para equiparar la igualdad de derecho de niñas y niños]

26. Teniendo en cuenta los artículos 1 y 2 de la Convención, así como otras disposiciones conexas de la misma, el Comité recomienda al Estado Parte que revise su legislación para aumentar la edad mínima de las mujeres para contraer matrimonio y equipararla a la de los varones.

[Con relación al principio de No discriminación]

28. El Comité recomienda al Estado Parte que:

a) Integre adecuadamente los principios generales de la Convención, enunciados en los artículos 2⁵³ (...) en todas las leyes que atañan a los niños;

30. El Comité recomienda al Estado Parte que:

a) Vigile la situación de los niños, en particular la de los que pertenecen a los citados grupos vulnerables, que están expuestos a la discriminación; y

b) Elabore, sobre la base de los resultados de esa labor de vigilancia, estrategias integradas en las que se prevean medidas concretas con objetivos bien definidos para poner fin a todas las formas de discriminación.

[Respecto de las situaciones de abuso en el entorno familiar]

45. Teniendo en cuenta el artículo 19 de la Convención, el Comité recomienda al Estado Parte que:

a) Realice estudios sobre la violencia doméstica, la violencia contra los niños, el maltrato y el abuso, incluido el abuso sexual, y extienda el sistema de reunión de datos a todo el país para llevar un registro de los casos de violencia física y mental y de descuido de que son víctimas los niños, para evaluar la magnitud, el alcance y la naturaleza de esas prácticas;

c) Investigue eficazmente los casos de violencia doméstica y de maltrato y abuso de niños, incluido el abuso sexual en la familia, en el marco de una investigación y un procedimiento judicial que tengan en cuenta los intereses del niño, para mejorar la protección de las víctimas infantiles, que incluya la protección de su derecho a la vida privada;

⁵³ El art. 2 refiere al respeto de los derechos de la Convención sin distinción de ningún tipo, incluyendo al sexo.

d) Refuerce las medidas para prestar servicios de apoyo a los niños en los procesos judiciales y favorecer la recuperación física y psicológica y la reintegración social de las víctimas de violaciones, abusos, descuido, malos tratos y violencia, de conformidad con el artículo 39 de la Convención.

[En la temática de salud, asistencia sanitaria y salud reproductiva]

47. El Comité recomienda al Estado Parte que:

b) Para reducir aún más las tasas de mortalidad y morbilidad infantiles y de mortalidad materna, adopte medidas para aplicar la Ley de salud reproductiva y procreación responsable, de julio de 2000; y

c) Preste servicios adecuados de atención sanitaria prenatal y postnatal y organice campañas para informar a los padres acerca de la salud básica y la nutrición del niño, las ventajas del amamantamiento, la higiene y el saneamiento ambiental, la planificación de la familia y la salud reproductiva, especialmente en las provincias.

51. El Comité recomienda al Estado Parte que:

a) Revise y reactive sus programas de lucha contra el VIH/SIDA e intensifique sus esfuerzos para promover las políticas de salud del adolescente. Debería prestarse debidamente atención a la salud reproductiva y se debería potenciar aún más el programa de educación sanitaria y sexual en las escuelas.

c) Adopte nuevas medidas, como la asignación de recursos humanos y financieros suficientes, para evaluar la eficacia de los programas de formación en materia de educación sanitaria, en particular en lo que respecta a la salud reproductiva, y para establecer servicios de asesoramiento, atención y rehabilitación de carácter confidencial, que tengan en cuenta los intereses de los adolescentes y a los que se pueda recurrir sin el consentimiento de los padres cuando así lo exija el interés superior del menor.

[Respecto del aumento de la prostitución infantil (60) y de la ausencia de políticas y programas coordinados para combatir la explotación sexual comercial, el Comité recomendó que]

61. a) Realice un estudio sobre la cuestión de la explotación sexual comercial y la trata de niños para evaluar su alcance y sus causas y elaborar medidas eficaces de control y otras medidas preventivas;

b) Combata y elimine la explotación sexual comercial y la trata de niños, entre otras cosas poniendo en práctica el Plan Nacional de Acción y elaborando programas de integración social y políticas y programas de rehabilitación y recuperación de las víctimas infantiles, de conformidad con la Declaración y Programa de Acción y el Compromiso Mundial aprobados en los Congresos Mundiales contra la Explotación Sexual Comercial de los Niños de 1996 y 2001.

[Con relación a la ratificación del Protocolo Facultativo relativo a la venta de niños y niñas, la prostitución infantil y la utilización de niños y niñas en la pornografía]

65. El Comité recomienda al Estado Parte que prosiga sus preparativos para ratificar el Protocolo Facultativo relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía⁵⁴.

⁵⁴ El Protocolo entró en vigor en Argentina el 25 octubre 2003.

Anexo 5

Violencia Obstétrica

1. El marco legal:

Uno de los avances legislativos más importantes logrados este año en nuestro país, es la regulación legal de la violencia obstétrica, dando un marco jurídico a una problemática que debía antes ser abordada desde diferentes leyes y no estaba claramente visibilizada.

La violencia obstétrica aparece ahora como una de las formas de violencia contra la mujer, en la nueva ley de violencia de género recientemente sancionada. En efecto, la **Ley 26.485 o “Ley de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales”**, fue sancionada el 11 de marzo de 2009 y promulgada el 1 de abril de 2009.

En su artículo 6, la ley define las modalidades de la violencia contra las mujeres, o sea las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos. En principio, abarca las tres esferas (doméstica, comunitaria y estatal) donde la Convención de Belém do Pará exigía protección del Estado. El artículo cita 6 modalidades de violencia: doméstica, institucional, laboral, **contra la libertad reproductiva, obstétrica** y mediática.

Tanto la violencia contra la libertad reproductiva como la violencia obstétrica, tienen directa relación con el campo de la salud sexual y reproductiva. Según la Ley 26485, Art. 6, “**d) Violencia contra la libertad reproductiva**: aquélla que vulnere el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;”

Esta violencia puede ser ejercida tanto en un espacio de salud reproductiva como por cualquier particular. O sea, puede ser perpetrada también, por el cónyuge, padres o empleadores de la mujer, que no están ligados al campo de la salud. Un caso frecuente en México, en zonas de maquila, es el examen de embarazo para acceder al empleo y la consecuente recomendación a las mujeres que “cuando solucionen el problema vuelvan que tienen trabajo”. También puede darse en el caso de esposos o compañeros que no aceptan que la mujer utilice métodos anticonceptivos o realice

una ligadura.

Esta modalidad de violencia también puede producirse por parte de aquel personal de salud que obstaculice de alguna manera el derecho de la mujer a tomar decisiones sobre su capacidad reproductiva, incumpliendo el mandato del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable de proveer a las mujeres con todos los medios anticonceptivos, asesoramiento y prácticas autorizadas por la ley. **Es el caso de aquellos profesionales que se niegan a realizar prácticas de salud reproductiva autorizadas por la ley**, como brindar anticonceptivos, realizar ligaduras tubarias u otras prácticas reguladas dentro de la legislación sobre salud reproductiva. Al negarse arbitrariamente, a menos que hayan declarado expresamente su objeción de conciencia, los profesionales incurren en la violencia sancionada por esta ley, en tanto “vulneran el derecho de las mujeres a decidir” sobre su capacidad reproductiva. Otro ejemplo de este tipo de violencia tuvo lugar en Perú cuando se realizaron cientos de miles de esterilizaciones quirúrgicas forzadas a mujeres y varones.

El inciso siguiente del artículo 6, sobre modalidades de la violencia, habla directamente de la violencia obstétrica:

“e) Violencia obstétrica: aquélla que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929”.

A diferencia del inciso anterior, esta violencia reconoce como **autor al personal de salud**. Debe incluirse aquí a todo el personal que trabaja en un servicio, tanto profesionales (médicos/as, enfermeros/as, trabajadoras/es sociales, psicólogos/as) como colaboradores: mucamas/os, camilleros/as, personal administrativo, etc.

La violencia es la que se ejerce sobre el cuerpo y los procesos reproductivos. Incluye por consiguiente, tanto la violencia física (legrados sin anestesia, maltrato en los traslados o en la atención directa, etc.), como psíquica (trato deshumanizado, grosero, discriminatorio, humillante) cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica.

Asimismo incluye el abuso de medicalización o patologización de los procesos naturales, como el embarazo y el parto y en este aspecto hace referencia a la ley 25.929 de Parto Humanizado, sancionada el 25 de agosto de 2004. En este sentido,

conviene recordar que, en su artículo 2, esta ley lista una serie de derechos de las mujeres en relación con el embarazo, trabajo de parto, parto y *postparto*. **A continuación transcribimos el art. 2 de dicha ley:**

“Ley 25.929 de Parto Humanizado”

Artículo 2º.- **Toda mujer**, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, **tiene los siguientes derechos:**

- a) **A ser informada** sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) **A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad** durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) **A ser considerada**, en su situación respecto del proceso de nacimiento, **como persona sana**, de modo que se facilite su participación como **protagonista de su propio parto**.
- d) **Al parto natural**, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, **evitando prácticas invasivas** y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- f) **A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación**, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- g) **A estar acompañada, por una persona de su confianza** y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h) **A tener a su lado a su hijo o hija** durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.

j) **A recibir asesoramiento e información** sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

La figura de la violencia obstétrica, juntamente con la figura de la violencia sobre la libertad reproductiva, la ley de Parto Humanizado y el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, forman un cuerpo jurídico muy valioso y una base sólida para la construcción de una cultura respetuosa de los derechos humanos de las mujeres, que es uno de los objetivos del Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos.

2.- Transcripción parcial de la Ley Integral de Violencia contra la mujer

A continuación, transcribimos la primera parte de la Ley de Protección Integral, donde figuran la violencia sobre la libertad reproductiva y la violencia obstétrica:

LEY DE PROTECCION INTEGRAL PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN LOS AMBITOS EN QUE DESARROLLEN SUS RELACIONES INTERPERSONALES

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1º — **Ámbito de aplicación.** Orden Público. Las disposiciones de la presente ley son de orden público y de aplicación en todo el territorio de la República, con excepción de las disposiciones de carácter procesal establecidas en el Capítulo II del Título III de la presente.

ARTICULO 2º — **Objeto.** La presente ley tiene por objeto promover y garantizar:

a) La eliminación de la discriminación entre mujeres y varones en todos los órdenes de la vida;

b) El derecho de las mujeres a vivir una vida sin violencia;

c) Las condiciones aptas para sensibilizar y prevenir, sancionar y erradicar la discriminación y la violencia contra las mujeres en cualquiera de sus manifestaciones y ámbitos;

- d) El desarrollo de políticas públicas de carácter interinstitucional sobre violencia contra las mujeres;
- e) La remoción de patrones socioculturales que promueven y sostienen la desigualdad de género y las relaciones de poder sobre las mujeres;
- f) El acceso a la justicia de las mujeres que padecen violencia;
- g) La asistencia integral a las mujeres que padecen violencia en las áreas estatales y privadas que realicen actividades programáticas destinadas a las mujeres y/o en los servicios especializados de violencia.

ARTICULO 3º — Derechos Protegidos. Esta ley garantiza todos los derechos reconocidos por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de los Niños y la Ley 26.061 de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y, en especial, los referidos a:

- a) Una vida sin violencia y sin discriminaciones;
- b) La salud, la educación y la seguridad personal;
- c) La integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial;
- d) Que se respete su dignidad;
- e) Decidir sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;
- f) La intimidad, la libertad de creencias y de pensamiento;
- g) Recibir información y asesoramiento adecuado;
- h) Gozar de medidas integrales de asistencia, protección y seguridad;
- i) Gozar de acceso gratuito a la justicia en casos comprendidos en el ámbito de aplicación de la presente ley;
- j) La igualdad real de derechos, oportunidades y de trato entre varones y mujeres;
- k) Un trato respetuoso de las mujeres que padecen violencia, evitando toda conducta,

acto u omisión que produzca revictimización.

ARTICULO 5° — Tipos. Quedan especialmente comprendidos en la definición del artículo precedente, los siguientes tipos de violencia contra la mujer:

1.- Física: La que se emplea contra el cuerpo de la mujer produciendo dolor, daño o riesgo de producirlo y cualquier otra forma de maltrato agresión que afecte su integridad física.

2.- Psicológica: La que causa daño emocional y disminución de la autoestima o perjudica y perturba el pleno desarrollo personal o que busca degradar o controlar sus acciones, comportamientos, creencias y decisiones, mediante amenaza, acoso, hostigamiento, restricción, humillación, deshonra, descrédito, manipulación, aislamiento. Incluye también la culpabilización, vigilancia constante, exigencia de obediencia sumisión, coerción verbal, persecución, insulto, indiferencia, abandono, celos excesivos, chantaje, ridiculización, explotación y limitación del derecho de circulación o cualquier otro medio que cause perjuicio a su salud psicológica y a la autodeterminación.

3.- Sexual: Cualquier acción que implique la vulneración en todas sus formas, con o sin acceso genital, del derecho de la mujer de decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación, incluyendo la violación dentro del matrimonio o de otras relaciones vinculares o de parentesco, exista o no convivencia, así como la prostitución forzada, explotación, esclavitud, acoso, abuso sexual y trata de mujeres.

4.- Económica y patrimonial: La que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de la mujer, a través de:

- a) La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;
- b) La pérdida, sustracción, destrucción, retención o distracción indebida de objetos, instrumentos de trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;
- c) La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna;
- d) La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo.

5.- Simbólica: La que a través de patrones estereotipados, mensajes, valores, íconos o signos transmita y reproduzca dominación, desigualdad y discriminación en las relaciones sociales, naturalizando la subordinación de la mujer en la sociedad.

ARTICULO 6° — Modalidades. A los efectos de esta ley se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes:

a) Violencia doméstica contra las mujeres: aquélla ejercida contra las mujeres por un integrante del grupo familiar, independientemente del espacio físico donde ésta ocurra, que dañe la dignidad, el bienestar, la integridad física, psicológica, sexual, económica o patrimonial, la libertad, comprendiendo la libertad reproductiva y el derecho al pleno desarrollo de las mujeres. Se entiende por grupo familiar el originado en el parentesco sea por consanguinidad o por afinidad, el matrimonio, las uniones de hecho y las parejas o noviazgos. Incluye las relaciones vigentes o finalizadas, no siendo requisito la convivencia;

b) Violencia institucional contra las mujeres: aquélla realizada por las/los funcionarias/ os, profesionales, personal y agentes pertenecientes a cualquier órgano, ente o institución pública, que tenga como fin retardar, obstaculizar o impedir que las mujeres tengan acceso a las políticas públicas y ejerzan los derechos previstos en esta ley. Quedan comprendidas, además, las que se ejercen en los partidos políticos, sindicatos, organizaciones empresariales, deportivas y de la sociedad civil;

c) Violencia laboral contra las mujeres: aquélla que discrimina a las mujeres en los ámbitos de trabajo públicos o privados y que obstaculiza su acceso al empleo, contratación, ascenso, estabilidad o permanencia en el mismo, exigiendo requisitos sobre estado civil, maternidad, edad, apariencia física o la realización de test de embarazo. Constituye también violencia contra las mujeres en el ámbito laboral quebrantar el derecho de igual remuneración por igual tarea o función. Asimismo, incluye el hostigamiento psicológico en forma sistemática sobre una determinada trabajadora con el fin de lograr su exclusión laboral;

d) Violencia contra la libertad reproductiva: aquélla que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;

e) Violencia obstétrica: aquélla que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los

procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929.

f) Violencia mediática contra las mujeres: aquella publicación o difusión de mensajes e imágenes estereotipados a través de cualquier medio masivo de comunicación, que de manera directa o indirecta promueva la explotación de mujeres o sus imágenes, injurie, difame, discrimine, deshonre, humille o atente contra la dignidad de las mujeres, como así también la utilización de mujeres, adolescentes y niñas en mensajes e imágenes pornográficas, legitimando la desigualdad de trato o construya patrones socioculturales reproductores de la desigualdad o generadores de violencia contra las mujeres.

TITULO II

POLITICAS PUBLICAS

CAPITULO I

PRECEPTOS RECTORES

ARTICULO 7° — Preceptos rectores. Los tres poderes del Estado, sean del ámbito nacional o provincial, adoptarán las medidas necesarias y ratificarán en cada una de sus actuaciones el respeto irrestricto del derecho constitucional a la igualdad entre mujeres y varones. Para el cumplimiento de los fines de la presente ley deberán garantizar los siguientes preceptos rectores:

a) La eliminación de la discriminación y las desiguales relaciones de poder sobre las mujeres;

b) La adopción de medidas tendientes a sensibilizar a la sociedad, promoviendo valores de igualdad y deslegitimación de la violencia contra las mujeres;

c) La asistencia en forma integral y oportuna de las mujeres que padecen cualquier tipo de violencia, asegurándoles el acceso gratuito, rápido, transparente y eficaz en servicios creados a tal fin, así como promover la sanción y reeducación de quienes ejercen violencia;

d) La adopción del principio de transversalidad estará presente en todas las medidas así como en la ejecución de las disposiciones normativas, articulando

interinstitucionalmente y coordinando recursos presupuestarios;

e) El incentivo a la cooperación y participación de la sociedad civil, comprometiendo a entidades privadas y actores públicos no estatales;

f) El respeto del derecho a la confidencialidad y a la intimidad, prohibiéndose la reproducción para uso particular o difusión pública de la información relacionada con situaciones de violencia contra la mujer, sin autorización de quien la padece;

g) La garantía de la existencia y disponibilidad de recursos económicos que permitan el cumplimiento de los objetivos de la presente ley;

h) Todas las acciones conducentes a efectivizar los principios y derechos reconocidos por la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres.

(...)