



Con TODO al AIRE



Reporte de derechos humanos sobre atención
en salud reproductiva en hospitales públicos

INDICE

PRESENTACIÓN.

RECONOCIMIENTOS.

ABREVIATURAS.

INTRODUCCIÓN.

PROCESO METODOLOGICO

PRIMERA PARTE

LOS DERECHOS HUMANOS Y LA DIMENSIÓN DE GÉNERO

SEGUNDA PARTE

EXAMEN DE LOS TESTIMONIOS DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS.

TERCERA PARTE

A.- ACCIONES. PROMOVIDAS

B.- TRATADOS Y DOCUMENTOS DE CONFERENCIAS DEL SISTEMA UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS – ONU.

C.- NUESTRAS PROPUESTAS

ANEXO 1

ANEXO 2

PRESENTACIÓN

El presente informe es el resultado de una tarea de búsqueda, de diálogo, de encuentros y desencuentros, a veces de largas esperas, pero fundamentalmente es el producto de un compromiso con una práctica en la defensa de los derechos humanos de las mujeres.

En algunos momentos de este proceso, no nos ha sido fácil adecuarlo a los tiempos formales diseñados en el proyecto. Algunas razones se han conjugado en esa dificultad, pero la de mayor peso ha sido lograr, una vez entablado un espacio de trabajo con las mujeres, la apertura y la confianza necesarias para dialogar y compartir sus experiencias vividas en los servicios públicos de salud reproductiva.

Todo el proceso de trabajo, además de permitirnos mostrar una parte de la realidad hospitalaria vivida por las mujeres, nos deja a cada una de las investigadoras el conocimiento profundo de las sensaciones y sentimientos de vergüenza, temor, humillación, degradación experimentados por las mujeres.

Concretamente, este reporte contiene los hallazgos y conclusiones del proyecto de investigación denominado “Tratos Crueles, Inhumanos y Degradantes a Mujeres en Servicios de Salud Reproductiva”.

Esta investigación ha sido realizada por el 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). El INSGENAR es una institución sin fines de lucro, que trabaja por la difusión, defensa y promoción de los derechos humanos de las mujeres y las niñas. El CLADEM es una organización regional con enlaces en diversos países de América Latina y el Caribe, para la cual los derechos sexuales y reproductivos constituyen objeto de principal atención en el marco de la afirmación y fortalecimiento de los derechos humanos de las mujeres.

Este proyecto recibió el apoyo de la IWHC (International Women’s Health Coalition).

RECONOCIMIENTO

Esta investigación fue llevada 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 de la investigación estuvo a cargo de la Abogada Susana Chiarotti.

Expresamos nuestro más profundo agradecimiento a las siguientes personas e instituciones que colaboraron con nosotras durante este proceso:

A todas las mujeres con las que trabajamos, en especial a aquéllas que, venciendo las barreras del temor y la vergüenza, confiaron en nosotras y brindaron su testimonio.

A nuestras compañeras del INSGENAR y de CLADEM por su apoyo constante. En especial a María Dolores Saraví y a Mónica García por su enorme contribución para la concreción de este informe.

A la Licenciada en Trabajo Social Marina Iraolagoitía, quien realizara las primeras aproximaciones en el tema de esta investigación, y cuyos aportes se encuentran también aquí plasmados.

A Cristina Zurutuza y Soledad Aráoz de CLADEM Argentina.

A la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe (Delegación Rosario). En especial al Sr. Defensor Dr. Ricardo Ciccarelli, a la Licenciada en Comunicación Social Viviana Della Siega y a la Dra. María Bressa.

A los/as médicos/as de las distintas especialidades, enfermeras, psicólogas, trabajadoras sociales de los distintos sectores de la salud a los que nos acercamos; a las abogadas de la sección Criminología y Política criminal del CEIDH Prof. J. Gardella.

A las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas

A las promotoras comunitarias del Sindicato de Amas de Casa, filial Rosario.

ABREVIATURAS

CADH	Convención Americana sobre Derechos Humanos
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.
CTT	Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes
DUDH	Declaración Universal de Derechos Humanos
DDHH	Derecho Humanos
HRSP	Hospital Roque Sáenz Peña
MM	Maternidad Martín
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

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene sus primeros orígenes en un hecho ocurrido en junio de 2001 en el que una joven embarazada padece una situación de violencia. El NSGENAR fue notificado por trabajadores de la salud de un hospital de la ciudad de Rosario, que se habían infligido malos tratos a una joven de 16 años internada de urgencia por haberse disparado un tiro en el abdomen para interrumpir su embarazo de siete meses, llegando al hospital con los intestinos perforados y una fuerte hemorragia.

Durante los meses de agosto y setiembre de dicho año la Licenciada en Trabajo Social Marina Iraolagoitia, investigadora vinculada al INSGENAR le realiza a esta joven una entrevista y, posteriormente, recaba una serie más de testimonios a otras mujeres que fueron asistidas en los servicios públicos de salud reproductiva.

A partir de estas primeras evidencias, en Octubre del año 2002 se inicia junto con CLADEM la investigación que dio lugar a este informe, tendiente a establecer la extensión y gravedad de las violaciones a los derechos humanos, conformando para ello un equipo de trabajo interdisciplinario.

El objetivo general del proyecto, es sensibilizar al conjunto de la sociedad y, en especial, a los/as trabajadores/as de salud sobre la existencia de tratos crueles, inhumanos y degradantes a mujeres que asisten a los servicios públicos de salud reproductiva y contribuir a su erradicación.

En la primera etapa de la investigación se toma contacto con diversos grupos de mujeres a los fines de recoger testimonios sobre experiencias vividas en los servicios públicos de salud reproductiva, así como también se realizan entrevistas a diversos profesionales de efectores públicos de salud (hospitales, centros de salud, etc.).

A partir de los resultados de los primeros testimonios fuimos profundizando el análisis jurídico de las situaciones que se nos presentan como vulnerantes de los derechos humanos de las mujeres, arribando a la presentación de informes y pedidos de investigación ante la Defensoría del Pueblo y la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario, con el objeto de que, cada organismo promueva, en su ámbito de competencia, la profundización de esta investigación y la adopción de las medidas pertinentes.

La última etapa de este proceso consiste en la difusión pública de los resultados de la investigación. Para ello, entre otras actividades, se realiza una presentación del trabajo en la que se convoca a funcionarios del gobierno provincial y municipal, a trabajadores de la salud, a las mujeres que participaron de los grupos de trabajo, a organizaciones de derechos humanos, Defensoría del Pueblo, y a los diferentes sectores del ámbito académico -docentes, estudiantes-, etc.

Con relación al presente reporte, el mismo ha tratado de recoger las diferentes etapas del proyecto. Así, no sólo se condensan los resultados del mismo, sino también una breve exposición del diseño metodológico, el marco teórico y las acciones implementadas para la consecución del objetivo de sensibilización.

En la primera parte se explicita el marco teórico y conceptual con el que trabajamos y abordamos el análisis de las experiencias vividas por las mujeres.

En la segunda parte, se examinan los testimonios recolectados y se establecen relaciones con los derechos que cada situación ha vulnerado. Se vierten algunas conclusiones que intentan develar el entramado social y cultural de las complejas relaciones entre sistema de salud, goce de los derechos humanos y la cuestión de género y posición socioeconómica.

En una tercera y última parte, se delinean las acciones públicas promovidas y nuestras propuestas tendientes a impulsar la reflexión y el cambio de ciertas prácticas y comportamientos instalados en los servicios de salud reproductiva. Asimismo, se seleccionaron partes relevantes de los principales instrumentos internacionales vinculados a estas temáticas, con el objeto de facilitar herramientas de conocimiento en derechos humanos.

En el anexo 1 están transcritos íntegramente los testimonios recogidos y cuyos fragmentos se encuentran extractados en la segunda parte del reporte.

En el anexo 2 se transcribe la resolución emitida por la Defensoría del Pueblo, Delegación Rosario, como consecuencia de las acciones implementadas en pos del objetivo del proyecto.

PROCESO METODOLÓGICO

El trabajo de investigación tuvo como eje central los testimonios de mujeres 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), de la ciudad de 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.

Los testimonios recogidos involucran a efectores públicos de salud del ámbito provincial y municipal, comprendiendo a hospitales, maternidades, centros de salud.

La investigación se desarrolló en el transcurso de un año y 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.

Con relación a la primera etapa, se pudo trabajar con trece grupos de mujeres localizados en áreas geográficas distintas, con características similares, en la mayoría de los casos, de pobreza y alta vulnerabilidad social. 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 vías. 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 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, etc., pero siempre el relato era en tercera persona. Se presentó la necesidad de articular algunas técnicas que habilitaran la participación y el trabajo grupal de algunas concepciones 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 sobre esos temas.

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, más que de un diseño esbozado con anterioridad, de las posiciones de las mujeres frente a nuestras inquietudes. 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 doscientas mujeres con las que dialogamos y establecimos una instancia de trabajo, no pudieron quebrar la impotencia de hablar que provoca, por un lado, el miedo, la vergüenza y la desconfianza y, por otro, la sensación de que participar, decir, testimoniar 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.

Algunos de los testimonios iban acompañados de un decir alentador por parte de las mujeres. Estos testimonios parecían tener sentido en torno a esta idea: “para que esto no vuelva a ocurrir, para que no les pase a otras mujeres”.

Este sentido dado y expresado con palabras simples por algunas mujeres es el mismo que nos ha guiado en estos doce meses de trabajo.

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 auto 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 con todo su peso: 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.

Características con relación a los testimonios

La obtención de los testimonios así como los relatos que se vertían 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 la identidad de las mujeres. El mismo criterio se utilizó con relación a la identidad del personal de salud que aparecían en los relatos.

De la totalidad de las experiencias relatadas por las mujeres sólo a una parte le hemos dado el carácter de testimonio. Ello así, en virtud de que estos relatos fueron tomados a través de una entrevista individual, en privado y con el requerimiento por nuestra parte, de la mayor precisión posible de la experiencia con relación a la descripción de lo ocurrido y los sentimientos experimentados.

Estos testimonios son los que forman base de los análisis que dan cuerpo a las páginas que siguen. El resto del material, las notas tomadas en los encuentros informales, etc, si bien no son mencionados expresamente, están sustentando y fundando muchas de las conclusiones que aparecen en este informe.

Con respecto a la segunda etapa vinculada al análisis de los testimonios a la luz de los derechos humanos, sólo queremos señalar que la reflexión grupal fue sumamente enriquecedora, fundamentalmente por el aporte que cada una pudo hacer en el establecimiento de algunas líneas argumentales, fundada en las diferencias de las miradas. Aún hoy, volvemos a leer una y otra vez algunos testimonios y vuelven a emerger, en cada una de nosotras, sensaciones de estremecimiento, asombro y malestar. En este aspecto, el trabajo y la puesta en conjunto ha permitido encausar esas sensaciones y aprovecharlas para una más fructífera producción.

Por último, la sistematización y difusión de los resultados nos ha llevado a establecer un diálogo con funcionarios de reparticiones estatales, medios de comunicación, trabajadore/as de la salud, etc., con el objeto de empezar a construir un camino “para que esto no vuelva a ocurrir”.

PRIMERA PARTE

LOS DERECHOS HUMANOS Y LA DIMENSIÓN DE GÉNERO

MARCO CONCEPTUAL.

Pensar a los derechos humanos como una totalidad constitutiva de la condición humana.

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, etc., etc.¹.

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 1993², 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 social³: “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”.

Derecho a la salud. Derechos reproductivos. Salud reproductiva

Derecho a la salud.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de NNUU, en la Observación General n° 14 realizada sobre el art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁴ (PIDESC) señala que la “salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos

¹ Gutierrez, 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.

² Esta Conferencia se llevó a cabo en Viena en el mes de junio de 1993.

³ 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.

⁴ Este Pacto fue ratificado por la República Argentina por Ley 23.313 en el año 1986. El mencionado Comité en su 22° períodos de sesiones llevadas a cabo en Ginebra, realiza la Recomendación General n° 14 al art. 12 del Pacto, que versa sobre el derecho a la salud. E/C. 12/2000/4, fecha: 11/08/2000.

humanos y que, todo ser humano, tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente”.

Señala que el derecho a la salud está vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y de los cuales depende así, por ejemplo, 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 que integran el derecho a la salud.

Con relación a la no discriminación e igualdad de trato, 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, basados en motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión o situación política o de otra índole, origen nacional o posición social o económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud, orientación sexual y 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.

Respecto del contenido normativo del art. 12 del PIDESC, el Comité manifiesta que 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 la salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y reproductiva, 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.

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 Beijing⁵, señala que “la salud no es sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social”.

Derechos reproductivos. Salud reproductiva.

Según los documentos de acción de Beijing y de El Cairo⁶, 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 para la regulación de la fecundidad, 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.

⁵ Aprobada por la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, septiembre de 1995.

⁶ Aprobado por la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, realizada en El Cairo, septiembre de 1994.

El Comité del PIDESC, señala que el art. 12 (apartado a. del párrafo 2), entiende que la salud reproductiva significa 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.

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 Mujer⁷ (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 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, 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 que crea el Programa de Procreación Responsable establece entre los objetivos principales del mismo el promover la maternidad y paternidad responsables, a través de la planificación de los nacimientos favoreciendo espacios intergenéticos 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 una ordenanza n° 6244, 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.

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 Unidas⁸ 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.

⁷ 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, realiza 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, fecha: 02/02/1999.

⁸ Pobreza e inequidad de género. Salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y el Caribe. FNUAP, Chile, 1998.

- 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:

- Recibir una atención de salud accesible, oportuna, apropiada, digna, personalizada.
- A exigir privacidad.
- Recibir información veraz, oportuna, completa y en lenguaje claro
- A elegir habiendo recibido la información necesaria⁹.
- A una actuación protagónica en la toma de decisiones sobre aspectos relativos a su salud, su vida, su cuerpo, su sexualidad.
- A la información y orientación para el ejercicio de una sexualidad libre, gratificante, responsable y no condicionada al embarazo.
- A 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.
- **A recibir del personal de salud, un trato digno y respetuoso a su cuerpo, sus temores, sus necesidades de intimidad y privacidad.**
- A una maternidad feliz, deseada, acompañada, libre, decidida y sin riesgos¹⁰.

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 nº 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 reconocidos en la

⁹ Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Por la Colectiva del libro de salud de las mujeres de Boston. Edit. Siete Cuentos, Nueva York, 2000.

¹⁰ Talleres educativos en salud y género. Programa de Atención Integral de la Mujer. Intendencia Municipal de Montevideo, Montevideo, Uruguay, 1998.

Constitución Nacional¹¹. 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 los derechos humanos de las mismas, que iremos enunciando a continuación.

Derecho a estar libre de discriminación por género.

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 gratuitos.*¹² (Art. 12.)

Derecho a estar libre de discriminación por posición socio económica.

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, 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, sumado 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 subsector 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 país³.

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.

¹¹ 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.

¹² CEDM, art. 1, art. 12.

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.

Derecho a la 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 Humanos⁴ (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 emocional⁵.

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 argentino⁶. 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, 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.

Derecho a no recibir tratos crueles, inhumanos y degradantes

La Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH) en su art. 5 señala que *nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes*.

El Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (PIDCyP), en su art. 7 expresa que *nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes*.

La Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes⁷ (CTT), en su art. 16 plantea que los *Estados se comprometerán a prohibir otros actos que constituyan tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes y que no lleguen a ser torturas, cuando esos actos sean cometidos por un funcionario público u otra persona que actúe en el ejercicio de funciones oficiales, o por instigación o con el consentimiento o la aquiescencia de tal funcionario o persona*.

La Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, en su art. 4 expresa que *toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y que esos derechos comprenden, entre otros, el derecho a que se respete su vida, su integridad física, psíquica y moral, el derecho a no ser sometida a torturas, etc.*

Se denominan tratos crueles, inhumanos y degradantes todo tipo de abusos, sean físicos o mentales, cualquier tipo de inducción a la degradación, o la obligación de cometer actos contrarios a las propias convicciones, moral, o valores culturales.⁸

Derecho a la salud, salud reproductiva

Este derecho está garantizado por varios documentos internacionales de derechos humanos⁹. Además, ha sido objeto de análisis y conceptualización en diversos foros internacionales ya mencionados más arriba.

Así la Plataforma de Beijing, sostiene que el disfrute integral del derecho a la salud, por parte de la mujer, “es esencial para su vida y su bienestar y para su capacidad de participar en todas las esferas de la vida pública y privada”. Señala que diversos factores contribuyen a determinar la salud de la mujer, tales como los factores biológicos, el contexto social, político y económico en que vive. Afirma que, el principal obstáculo que impide a la mujer alcanzar el más alto nivel posible de salud, es la desigualdad entre la mujer y el hombre y entre mujeres en diferentes regiones geográficas, clases sociales y grupos indígenas y étnicos.

También reconoce “el derecho humano de la mujer, a tener control respecto de salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de estas cuestiones, sin verse sujeta a coerción, discriminación y violencia”.

Para clarificar aún más la interdependencia entre el derecho a la salud y otros derechos humanos, cabe mencionar un caso llevado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y en cuya resolución aparece, claramente evidenciada, la exigibilidad del respeto de los DDHH por parte de los Estados en virtud de los compromisos asumidos al suscribir los tratados internacionales y su consecuente responsabilidad por la vulneración de los mismos.

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 trompas¹⁰. 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 la privacidad e intimidad, honra y dignidad

Estos derechos están y han sido protegidos en las múltiples normativas internacionales de derechos humanos y ha sido protegido de la siguiente manera: la CADH, en el art.11 señala que las *personas tenemos derecho al respeto de la honra y al reconocimiento de la dignidad, así como a la protección de los ataques a la honra y la reputación*¹¹. La DUDH en el art. 12; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 17.1.

El derecho a la intimidad implica, por un lado, un límite a la injerencia externa y, por otro define un ámbito de libertad para tomar decisiones que conciernen a la vida privada.

Entendemos que las personas deben tomar decisiones en condiciones de libertad de las diversas formas de coacción, amenaza, violencia.

Es importante citar aquí también, el fallo de la Comisión Interamericana por el caso X e Y contra el Estado argentino mencionado en el desarrollo del derecho a la integridad. En el caso en cuestión, la Comisión, asimismo consideró que fue violado el derecho a la honra y a la dignidad, contemplado en el art. 11, en especial lo protegido en el inciso 1: Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad. Señaló que, cuando el Estado realiza cualquier tipo de intervención física en un individuo, debe observar ciertas condiciones para asegurar que no se produzca más angustia y humillación que lo inevitable. En este caso, se vio afectado un aspecto íntimo especial en la vida privada de una mujer por la utilización de un procedimiento que provoca sentimientos profundos de angustia y vergüenza en casi todas las personas que se ven sometidas a él. Este caso muestra la estrecha vinculación entre el derecho a la integridad y el derecho a la privacidad.

El derecho a la intimidad garantiza una esfera que nadie puede invadir, un campo de actividad que es absolutamente propio de cada individuo.

Los derechos reproductivos y la inequidad social y de género

Se ha visto que las mujeres de los grupos sociales que gozan de mayores ingresos y niveles educativos, desarrollan ciertos 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”¹².

Las desigualdades socioeconómicas de la región de América Latina y el Caribe y las condiciones sociales de pobreza cada vez más creciente 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 particular¹³.

Ha dicho la Plataforma de Beijing que 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”¹⁴.

¹³ Idem, pág. 17 y 18.

¹⁴ En este último sentido, también se expresa la Conferencia de El Cairo.

SEGUNDA PARTE

EXAMEN DE LOS TESTIMONIOS DESDE UNA PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS

Por razones metodológicas hemos decidido agrupar las experiencias testimoniadas por las mujeres en cuatro tipos de situaciones que, por sus similitudes y la reiteración con la que se presentan, aparecen como paradigmáticas.

Esta ordenación 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, señalada en la primera parte. Esto significa que en cada experiencia vivida por las mujeres se vislumbra la vulneración de más de un derecho lo cual nos ha llevado a pensar en esta forma de trabajo a partir de la reunión de extractos de los relatos que tengan ejes similares. Como veremos más adelante, en cada caso aparecen múltiples entrecruzamientos, tales como, la diferenciación por género y posición socioeconómica, el deficiente funcionamiento del sistema sanitario público.

La realidad abordada por la investigación tiene muchas aristas y la violación de los derechos humanos de las mujeres que aquí se muestra responden a circunstancias de índole cultural, social, económica, etc. No pensamos que las relaciones entre los/as trabajadores/as de la salud y las mujeres asistidas pone de manifiesto una relación de poder desde una concepción tradicional de víctima-victimario/a. Por el contrario, las entrevistas realizadas con los/as profesionales de la salud sumada a nuestra propia experiencia personal, dan cuenta de la difícil trama que envuelve la cuestión de la prestación de los servicios públicos en salud: el colapso del sistema sanitario por el incremento de la demanda de asistencia y la precariedad de las condiciones laborales, la falta de una política seria en materia de salud que se mantenga relativamente al margen de los vaivenes de la economía, la concentración de la asistencia de muchos servicios en los hospitales, etc.

No obstante toda esta compleja trama referida, entendemos que la violación de los derechos humanos de las personas, en este caso de las mujeres que concurren a los servicios públicos de salud reproductivas es una cuestión de suma importancia que debe ser pensada como una realidad a ser transformada. Es cierto que las situaciones de violencia pueden atravesar a todos los sujetos ya sea, que demande asistencia o que la brinde. Pero también es cierto que no se puede amparar o justificar una violencia por la existencia de otra.

Es nuestra intención poder hacer visible lo naturalizado; develar cómo en lo concreto se violan los derechos de las mujeres, fundamentalmente de aquellas que se encuentran en situación de pobreza y exclusión.

Esperamos que este análisis contribuya a reflexionar sobre la práctica asistencial en salud reproductiva, a analizar las causas más profundas de algunas conductas, y a poder emprender cambios superadores de esta situación.

1.- Degradación y crueldad en el trato.

Placer y castigo

Una de las situaciones en las que aparece reiteradamente el maltrato y la agresión verbal o psicológica hacia la mujer es en el momento del parto.

“Aguanten, aguanten, si les gusta coger, se tienen que aguantar esto porque es menos doloroso”. (t2)

“Te gustó coger y ahora como gritás acá”, mirá cómo te venís acá y no te acordás que te gustó la pija, y ahora te querés cerrar de piernas”. (t9)

“Bien que cuando cogiste no gritabas. T e gustó lo dulce, ahora aguantate lo amargo”. (t12)

“Si te gusto aguantátela”. (t13)

Se develan aquí una serie de prejuicios fuertemente arraigados y naturalizados en nuestra sociedad, a los que el personal de salud no escapa. Prejuicios que provienen de ciertas concepciones y representaciones culturales acerca de la sexualidad de la mujer. 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.

Estas frases son agresivas, humillantes, degradantes aparecen en un momento tan significativo como el del parto, donde la mujer se encuentra más necesitada de asistencia, contención y apoyo. Por otro lado, no sólo que la ofenden y agravan sino que, paradójicamente, también denigra en su humanidad a quien las dice, en la mayoría de los casos relevados, otras mujeres –parteras, enfermeras. Esto da cuenta de la fuerza que tienen los estigmas y mandatos culturales.

Las niñas con la almohada en la boca

“Cuando estaba en pre parto me dejaron sola y no me atendían, decían que eran niñas 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”. (t6)

“No te hagás la nenita de mamá”. “La doctora me retaba, me decía que me hacía la estúpida” (t7).

“No sé para qué te quejás si es chiquito”. Cuando estaba pariendo le dijeron que no gritara que eso no era una cancha y que no había ningún gol . (t11).

“Si te gustó lo dulce ahora aguantá, aguantá nena”. (t22)

“No grites, ponete una almohada”. (t13)

Aparecen aquí frases de descreimiento, subestimación y burla ante el sufrimiento manifestado por la mujer. Es tratada como “nenita de mamá”, se le dice “aguantá nena”. Emerge aquí otra concepción cultural naturalizada, la de considerar a la mujer en una situación de “minoridad”, aniniándola.

Se subestima su dolor al plantear que son “niñas de primeriza”. Se la piensa como quejosa y exagerada; su sufrimiento es visto como injustificado, descalificándolo y subestimándolo.

El carácter degradante de estos comentarios se expresa en el sentimiento de miedo, inferioridad y humillación que manifiestan las mujeres.

Consideramos que estas actitudes por parte del personal de salud implican violencia psicológica y emocional contra las mujeres.

2.- Intromisión en la intimidad de la mujer:

Con todo al aire

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 es una situación que se repite en diversas intervenciones: en el parto, en la consulta ginecológica y otras.

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 reconocer 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”. (t9)

“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...”. (t4).

“...todos le metían el dedo en la herida y que unos, explicaban a otros, cómo hacer para cerrar la herida “parecía que me estudiaban como un fenómeno””.(t8).

“la revisaron una médica, un médico y mucha otra gente: estudiantes, enfermero-as. También había mucha gente que pasaba por el lugar. En la revisión le hicieron tacto 4 personas”. (t11).

Una mujer de 75 años tuvo 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 (t25.)

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”. (t 24)

“...Había muchos practicantes, mucho manoseo, te meten mano y todo lo que le decían...” (t17)

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

Las mujeres que han 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 mujeres manifiestan no encontrarse en la posibilidad de negarse a dichas prácticas dado al no ser consultadas no tienen la posibilidad de elegir. Por otro lado, habría que pensar qué posibilidades subjetivas tendrían las mujeres de manifestar su desacuerdo, en caso que fueran informadas y consultadas ya que, en general, se entabla una relación de poder más fuertemente asimétrica entre el personal de salud y quienes requieren de asistencia en un hospital público.

En todos los casos debería brindarse previamente la información sobre la práctica que se necesita realizar, en lenguaje claro y accesible, luego preguntar al o la paciente si está de acuerdo, es decir si consiente la práctica. En caso de negativa la misma debe respetarse. En 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. Aquí se ve claramente la vinculación existente entre el derecho a la intimidad y la integridad personal.

Actualmente en la ciudad de Rosario todos los hospitales, maternidades y muchos centros de salud tienen asignada la función formativa de estudiantes 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 su libre consentimiento informado¹.

3.- Violación del derecho a la información y al libre consentimiento informado

Tenés que firmar acá

Otras de las situaciones que aparecen reiteradamente en los testimonios dan cuenta de una desvalorización o invalidación de la palabra de la mujer, de sus opiniones, de los saberes o creencias sobre su propia salud, así como de su derecho a ser informada y de elegir o consentir libremente las prácticas asistenciales que su situación demande.

“La paciente le dijo que le tenían que poner coagulantes porque tenía problemas de coagulación, pero no le dieron importancia” (t2)

“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”. (t4)

“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” (t8)

Posteriormente y luego de varios meses de ir a la pediatra, ésta le pregunta si era posible que le hubieran aplicado fórceps para sacar al bebé. La testimoniante dice que no lo recuerda porque estaba desvanecida en ese momento y que, además, nadie le dijo absolutamente nada.... Entonces, va al hospital, y se informa a partir de la historia clínica que sí le habían hecho fórceps. Va a un neurólogo y luego de varios estudios se detecta que el bebé tenía la mollera cerrada y que esto puede ocasionar complicaciones con el crecimiento del niño y de la cabeza. (t9)

"...podes creer un aborto a las 3hs. de la mañana", "escuchá lo que dice la Srta., encima es negativa". (t16)

"En el primer embarazo cuando estaba de 5 meses comenzó con contracciones, fue a la guardia del HRSP 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 al Hospital Centenario para hacerle un legrado. En ningún lugar le dieron explicaciones claras sobre lo que le había ocurrido. "Hasta el día de hoy, no se realmente que me pasó". (t19)

"Si se hace atender aquí es porque yo soy la doctora, pero si vos sabés, quedate en tu casa y atendete sola", (t9)

"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". (t.20)

En varias situaciones se vislumbra con claridad que se realizan prácticas sin previa consulta, sin que sea brindada la información sobre el estado de salud ni de las intervenciones que serían necesarias realizar, así como tampoco, en consecuencia, se da la posibilidad de que la mujer pueda considerar cual es la alternativa que prefiere. Se ve con toda crudeza una relación desigual entre quien se pone en lugar de detentación del saber, casi absoluto, omnipotente y quien nada sabe y, en consecuencia, nada puede decir ni elegir.

Sobre las relaciones de poder y el saber médico ya mucho se ha dicho, por lo que en este contexto, sólo nos interesa conectar estas experiencias de las mujeres con algunas ideas básicas sobre esa cuestión.

Nos sigue resultando paradójico que aún persistan estas actitudes de invalidar y desconocer el saber, las representaciones y las creencias que tienen las personas, en estos casos las mujeres, respecto de su salud, su cuerpo, su historia de vida y sus necesidades.

Esta particular forma de relación que se establecen entre usuarias y personal de los servicios de salud reproductiva, quedan evidenciadas con las situaciones mencionadas, por ejemplo, la mujer que se vio compelida en una situación crítica a firmar un documento para que se le realice, aparentemente, una ligadura tubaria, sin previa información y consulta; el caso de la decisión de intervención quirúrgica sin explicación ni consulta; situaciones en las que la opinión de las mujeres no es escuchada o es centro de burlas, como aquella que informó su situación de negativa y por ser sospechada de haberse practicado un aborto fue objeto de comentarios irónicos por parte de la profesional, etc.

Todo lo anteriormente referido, tiene estrecha vinculación con el goce del derecho a la salud, a la información, a un trato digno y humanizado y a ser escuchada y comprendida en sus opiniones.

Como se analizó en profundidad en la parte anterior, los derechos reproductivos comprenden el derecho a tomar decisiones sobre la reproducción, sin coerción, discriminación ni violencia de ningún tipo y a contar con la información gratuita para tomar éstas decisiones, así como de disponer de los medios para implementarlas.

4.- Cuando la mujer es "sospechada" de haberse realizado un aborto:

Mujeres al borde

Los testimonios dan cuenta de una diversidad de tratos crueles, inhumanos y degradantes como los mencionados en el punto 1. Decidimos abordarlos en forma 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 lo que trabajamos y que concurren a los servicios públicos de salud.

Tal como se relata en la introducción, esta investigación tiene sus orígenes en una situación referida a la joven que por practicarse un aborto, recibe malos tratos por parte del personal de salud.

A partir de este hecho y de otros testimonios¹ vamos tomando conocimiento que, lejos de ser un caso aislado, se daría en estas situaciones una agudización del mal trato.

Como ya lo adelantáramos cuando mencionamos el proceso metodológico, fue muy difícil para las mujeres poder hablar de estos temas, pero en el caso de tratarse del aborto, el temor, el ocultamiento, la vergüenza se profundizaron aún más.

Circulan entre las mujeres comentarios como el de L. quien, ante la pregunta sobre el tratamiento en los casos de abortos, dijo:

“Si saben que te hiciste un aborto te hacen el raspaje en carne viva”. (t7)

La existencia de esta práctica fue confirmada también por trabajadores de la salud, señalando que se llevaba a cabo en un efector de salud determinado y hasta hace no mucho tiempo atrás.

Veamos otros testimonios, para luego analizar más en profundidad qué ocurre en estos casos:

“A. comenta que acompañó a la pareja de su hijo, a la Maternidad Martín. 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”.(t17)

“Me llevaron a la guardia de la Maternidad Martín, 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 al Hospital Centenario. (t18)

“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...” (t15)

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". (t16)

"¿¿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 partera 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 redolida y pedía por favor un calmante. Y pasaban por al lado y...le decían: "no querida, ahora aguantátela, mamá. Mirá, ahora vienen acá y quieren que no les duela". (t.21)

"N. 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 podes 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 mal tratada".(t.20)

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 ésta 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.

La amenaza, el tratar como asesina a una persona necesitada de asistencia en su salud, propinarle un trato despectivo constituyen 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 CEDES². La misma se guió por la hipótesis de que "...el aborto genera un alto grado de rechazo entre los tocoginecólogos/as 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”³. 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)⁴.

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 tribunales⁵.

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.

Trato discriminatorio en razón del sexo y la posición socioeconómica

Tal como se mencionó en la parte primera de este reporte, la no discriminación por razones de género y posición socioeconómica constituyen derechos humanos reconocidos en la legislación nacional e internacional.

Del análisis de todas las situaciones que integran este trabajo, así como de los relatos de las mujeres producto de los encuentros informales, aparece la dimensión de género y de sector socioeconómico atravesando las conductas, comportamientos y, en general, la modalidad asistencial hospitalaria. En efecto, los modos de intervención, las características del diseño del servicio de salud reproductiva, las creencias y representaciones sobre la reproducción y la sexualidad, no son neutrales a las determinaciones del género y del sector económico y social.

Las realidades abordadas por esta investigación afectan exclusivamente a las mujeres ya que son éstas las que se embarazan, paren, efectúan consultas ginecológicas, se realizan abortos y sufren sus consecuencias, etc. Ello significa que la vulneración de los derechos humanos señalados, en el ámbito de la asistencia pública de los servicios de salud 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 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 aun una mayor gravedad en cuanto a las situaciones de vulneración de los derechos humanos. Con relación a la condición socioeconómica, entendemos que también se vulnera el derecho a no ser discriminada por esa razón, y esto es percibido en todas las situaciones con independencia de un señalamiento expreso de ello. Las mujeres que concurren a los servicios públicos de

salud reproductiva, como ya lo adelantáramos, 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. Algunas mujeres han dicho que no pueden reclamar y que optan por el silencio, ya que después tienen que volver al mismo hospital para la próxima consulta o para el siguiente parto.

Hacen referencia a esta forma de trato del personal de salud y de algunas prácticas en forma naturalizada. Si bien, reconocían que se sentían mal y humilladas, consideraban que eso es habitual y que es algo que deben tolerar dado que no tienen que pagar la consulta.

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.

TERCERA PARTE

ACCIONES PROMOVIDAS

Luego de cumplida la primera etapa y con el fin de lograr el objetivo general propuesto, a partir del encuadre jurídico de las situaciones relevadas se promovieron peticiones formales ante las autoridades competentes.

La finalidad de las mismas fue poner en conocimiento de las instancias gubernamentales y dependencias públicas correspondientes, los hechos y prácticas relevadas en nuestra investigación, promoviendo la visualización, desnaturalización y sensibilización en torno a esta problemática.

En forma simultánea con la presentación de las acciones se promueve la difusión pública de las mismas, a través de la convocatoria a los medios de comunicación gráficos, radiales y televisivos, con el objetivo de propagar e instalar el tema en la comunidad.

Como ya se ha puesto de manifiesto, la investigación abarca a hospitales públicos municipales y provinciales. Los primeros se encuentran bajo la órbita de la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario, y los segundos del Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe.

Con relación a los servicios municipales (Maternidad Martín y Hospital Roque Saenz Peña) la presentación es realizada ante la Secretaría de Salud Pública de la Municipalidad de Rosario. En cuanto a los hospitales provinciales (Centenario, Provincial de Rosario, Eva Perón de Granadero Baigorria y Anselmo P. Gamen de Villa Gobernador Gálvez), la misma se formula ante la Defensoría del Pueblo de la Provincia de Santa Fe, Delegación Rosario.¹

En las acciones presentadas se solicita una profundización de la investigación y la adopción, en su caso, de las medidas pertinentes para la modificación de las prácticas relevadas. Se aportan también algunos lineamientos extraídos de las observaciones generales y recomendaciones al gobierno argentino emitidas por organismos de Naciones Unidas.

Hasta el momento ya se han producido algunos resultados de las acciones promovidas:

- 1- La difusión en los medios de comunicación de la investigación, en especial, la conferencia de prensa realizada en la Defensoría del Pueblo.
- 2- A partir de tomar conocimiento de las situaciones relevadas, la Defensoría del Pueblo convoca a directivos y profesionales de las áreas involucradas de los hospitales provinciales a una reunión para abordar la cuestión, de la que surge el interés de los mismos en mantener un encuentro con las participantes de la investigación. En dicha reunión se avanza en ciertas aproximaciones diagnósticas sobre el problema relevado, se intercambian opiniones entre las y los participantes y finalmente surgen algunas ideas y propuestas a ser desarrolladas e implementadas con el fin de producir los cambios deseados. Las/os integrantes de los equipos de salud de una de las instituciones dan cuenta de cómo a partir de tomar conocimiento de la investigación comienzan a tener reuniones a fin de reflexionar acerca de éstas prácticas, sus motivos, condicionantes y fundamentalmente las vías para su modificación. Se percibe como muy positiva la predisposición a revisar y reflexionar sobre la propia práctica. Se propone al equipo de investigación que los resultados de la misma puedan ser presentados en algunos de los hospitales. Otra propuesta surgida en dicha reunión es la tendiente a incluir en alguna de las materias vinculadas a la salud reproductiva de las mujeres, encuentros o charlas con los/as alumnos/as, en forma previa al comienzo de las prácticas en los servicios, en los que se

aborden cuestiones vinculadas a los derechos humanos, fundamentalmente los sexuales y reproductivos desde la perspectiva de género. Se piensa que estos encuentros con los/as estudiantes pueden aportar herramientas que permitan visualizar la salud como un derecho humano, conocer el contenido y alcances de los derechos sexuales y reproductivos, y reflexionar sobre como los factores socioculturales y los roles de género tienen gran incidencia en las cuestiones vinculadas a la sexualidad y reproducción de todas las personas, y en especial de las mujeres, y en la atención de la salud.

- 3- La emisión y parte de la Defensoría del Pueblo y de la Resolución transcrita en el anexo 2.
- 4- En relación con la Secretaría de Salud Municipal el actual Secretario de Salud a quien se dirigió la presentación, manifestó en un medio televisivo que ya se encontraban en marcha algunas medidas a nivel interno, fundamentalmente el seguimiento de una situación en la que se comprobó una conducta discriminatoria hacia una mujer por parte de un trabajador de la salud, el que habría recibido una sanción por este hecho.

Otra de las acciones emprendidas fue la de poner la investigación en conocimiento de las autoridades de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, con quienes mantuvimos una fructífera reunión en la que las mismas mostraron su interés en que los resultados de la investigación sean dados a conocer a los/as alumnos/as, como material pedagógico.

Tratados Internacionales y Documentos de Conferencias del Sistema

Internacional de Derechos Humanos (ONU)

Esta sección estará dividida en dos subsecciones: la primera, reproducirá los Tratados Internacionales más importantes, relacionados con la salud reproductiva y los derechos de las mujeres en relación con el acceso y uso de servicios de salud reproductiva. A la vez, luego de transcribir los artículos seleccionados, se reproducen las 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. Los párrafos de las Recomendaciones y Generales y de las Observaciones Finales, han sido seleccionados, reproduciéndose solamente los que tienen que ver con el tema de reporte.

Los Tratados seleccionados son los seis que cuentan con Comités Monitores, o sea, 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 o 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.

En la segunda sección se reproducen **párrafos** del Plan de **de Acción de El Cairo**, emanado de la Conferencia Internacional de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo, y la Declaración de Beijing y La Plataforma para la Acción, anteriormente citadas

Estos documentos fueron firmados por el Estado argentino originándose así un compromiso político de implementar las acciones, estrategias y medidas propuestas en nuestro país.

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, de conformidad con el artículo 27 (1)

Parte I

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 por que 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...

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.

(...)

Parte III...

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.

Parte IV...

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;...

(...)

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):

Hemos seleccionado algunos extractos de varias recomendaciones generales, relacionados con los derechos mencionados en este reporte.

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 (11° 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 cause 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 disminuido 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 por 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.

OBSERVACIONES FINALES

del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer
ARGENTINA: 1997 (12/08/97, A/52/38/Rev.1,PartIIparas.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 584ª, celebrada el 16 de agosto de 2002 (véase CEDAW/C/SR.584).

PART I: PRESENTACIÓN DEL INFORME POR EL ESTADO PARTE

340. Al presentar los informes periódicos cuarto y quinto, la representante de la Argentina señaló que en ellos se facilitaba información sobre la aplicación de la Convención durante dos etapas presidenciales de partidos políticos distintos. Sin embargo, el Consejo Nacional de la Mujer, que se había creado hacía 10 años como organismo dependiente del ejecutivo nacional, se había ocupado, en todo momento, de diversos objetivos concretos relacionados con la aplicación de la Convención, con independencia de los cambios que había habido en la cúpula política.

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.

342. El Gobierno ha ejecutado varios planes de emergencia para hacer frente a la crisis; por ejemplo, un plan urgente de alimentación con arreglo al cual se procuraba ayuda económica a los ciudadanos para que compraran alimentos y un “plan de jefes y jefas de hogar” destinado a garantizar a determinadas familias su derecho a la inserción social, lo que incluía la asistencia de los hijos a la escuela, la atención sanitaria, la formación y la colocación en empleos. Se había decretado la emergencia sanitaria para garantizar a los ciudadanos el acceso a los productos y servicios de sanidad.

343. La representante declaró que los mecanismos de ayuda a la mujer de la Argentina habían acusado las reducciones del gasto público y que el Consejo Nacional de la Mujer había sufrido recortes presupuestarios del 75% en 2000 y otro 27% en

2001. La representante señaló que, sin embargo, el Consejo había seguido ejecutando la mayoría de sus planes y programas y había formulado otros.

344. El Gobierno nacional, sirviéndose del Consejo Nacional de la Mujer en calidad de organismo ejecutor, había puesto en práctica el plan federal para la mujer, cuyo objetivo era fortalecer las instituciones municipales, provinciales y nacionales que se ocupaban de la mujer. A pesar de que los fondos del plan se habían recortado de 15 millones de pesos a 10 millones, con lo que algunas actividades se habían retrasado y otras aplazado, aquél había dado buenos resultados; por ejemplo, se habían adquirido y distribuido computadoras para todas las oficinas de zona provinciales; se habían celebrado seminarios, cursos prácticos y cursos de formación relacionados con las cuestiones de género, así como prestado asistencia técnica, y se había procurado ayuda económica a los proyectos locales que guardaban relación con las medidas políticas públicas en que se tenían en cuenta las cuestiones de género. También se habían formulado dos programas financiados desde el extranjero para incorporar una perspectiva de género en proyectos financiados por el Banco Mundial y para promover un desarrollo familiar en que se tuvieran en cuenta las cuestiones de género.

345. Por lo que respecta a las observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero que había hecho el Comité en 1997, la representante expuso varias medidas que había adoptado el Gobierno; por ejemplo, promulgar y aplicar una ley de cuotas en la que se disponía que se eligiera un mínimo del 30% de mujeres para el Congreso Nacional. Los resultados de la reforma habían quedado demostrados en las elecciones nacionales de 2001, en las que la participación de mujeres había alcanzado el nivel mínimo del 30%.

346. El Gobierno también había adoptado medidas para adaptar el Código Penal del país a las disposiciones de la Convención al haber aprobado la Ley de delitos contra la integridad sexual, de 1999, y había elaborado procedimientos e indicadores para reunir datos desglosados por sexo, así como un sistema de indicadores de diferencias de género para formular y supervisar medidas políticas.

347. Por lo que respecta a la violencia que sufren las mujeres, la representante declaró que los poderes legislativos de 20 provincias habían aprobado diversas leyes, que versaban, por ejemplo, sobre la jurisdicción civil, los matrimonios de derecho y de hecho, los mecanismos de denuncia oficial, las relaciones familiares, los programas y tratamientos educativos y terapéuticos y la prestación de asistencia médica y psicológica gratuita. Por lo que respecta al plano nacional, en la ley de reforma tributaria de 2000, había disposiciones relativas al seguro médico, la jubilación y las pensiones de las trabajadoras domésticas, y el Congreso estudiaba unos 10 proyectos

de ley que trababan de la cuestión del acoso sexual. A partir de 1999, se habían promulgado unas leyes para atajar el problema del pago de las pensiones alimenticias y de la imposición de sanciones por impago de éstas.

348. La representante reconoció que había cuestiones fundamentales que resolver por lo que respecta a la violencia que sufrían las mujeres; por ejemplo, la prestación de ayuda especializada a las mujeres víctimas de la violencia, la coordinación entre los diversos organismos estatales, el acceso fácil y gratuito a la protección jurídica y el aumento de la concienciación de las mujeres con respecto a sus derechos humanos.

349. Por lo que respecta al Protocolo Facultativo de la Convención, la representante declaró que, en abril de 2002, el Gobierno había presentado una solicitud para que el Congreso dejara de estudiar el Protocolo. Sin embargo, el proyecto de ley se encontraba todavía en el Senado, donde se estaba debatiendo su aprobación futura.

PART II: OBSERVACIONES FINALES DEL COMITÉ

350. El Comité agradece al Estado parte la presentación de los cuarto y quinto informes periódicos de la Convención que se ajustan a las directrices formuladas por el Comité para la elaboración de los informes, así como las respuestas proporcionadas a las consultas del grupo de trabajo pre-sesión.

351. El Comité agradece al Estado parte el envío de una delegación encabezada por la Presidenta del Consejo Nacional de la Mujer de Argentina, a pesar de la grave crisis que afronta el país.

352. El Comité evaluó la grave crisis económica, financiera, política y social que vive Argentina desde 2001 e hizo suya la decisión del Grupo de Trabajo pre-sesión de solicitar al Estado parte que presentara información amplia y actualizada sobre el impacto de la crisis en la población femenina del país y decidió, en consecuencia, ajustar su método de trabajo para el análisis de los informes ya que su contenido carece de actualidad.

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 aquellas 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.

(...)

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, de conformidad con el artículo 49

Parte I

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.

(...)

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 todos 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 por que:

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

(...)

OBSERVACIONES FINALES

del Comité para los Derechos de Niñas y Niños

ARGENTINA: 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.

(...)

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, de conformidad con el artículo 27

Parte I...

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 mortinatalidad 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.

(...)

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...

PART 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:

a) **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.

b) **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 encuentran 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.

c) **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.

d) **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 por que 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 por que 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 por que 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 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 resultados positivos en materia de salud, por ejemplo la realización de investigaciones y el suministro de información; ii) velar por que 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.

(...)

OBSERVACIONES FINALES

del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

ARGENTINA: 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...

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, de conformidad con el artículo 49

(...)

Parte II...

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.

(...)

Parte III...

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.

(...)

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...

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

1. El Comité acoge con satisfacción la explicación franca y constructiva dada por la delegación de este país sobre las medidas tomadas por el Estado Parte desde la presentación de su segundo informe periódico para velar por el respeto de los derechos garantizados en el Pacto. También agradece la información adicional proporcionada verbalmente por la delegación durante el examen del informe y en respuesta a las preguntas de los miembros.
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.

Aspectos positivos

3. El Comité acoge con agrado la consolidación de los procesos democráticos y de las medidas adoptadas para promover la reconciliación nacional tras los años de gobierno militar durante los cuales se violaron flagrantemente numerosos derechos humanos fundamentales. A este respecto, el Comité observa con satisfacción el funcionamiento de varias instituciones y programas concebidos como cauce de reparación para las víctimas de abusos pasados, como el Programa de Reparación Histórica, la Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas y la Comisión Nacional por el Derecho a la Identidad. El Comité aprecia también los esfuerzos desplegados para indemnizar financieramente y de otra manera a las víctimas de detención arbitraria y las familias de personas que murieron o desaparecieron bajo el régimen militar.
4. El Comité acoge con agrado la reciente evolución consistente en el enjuiciamiento de algunos de los responsables de las violaciones más graves de los derechos humanos, comprendidas las desapariciones forzosas, la tortura y la separación de niños de sus padres con fines de adopción ilegal o trata de menores. En particular acoge con satisfacción el establecimiento de un mecanismo, cuyas

actividades no están limitadas en el tiempo, para restablecer la identidad de los niños separados por la fuerza de sus familias.

5. El Comité observa complacido las recientes reformas recogidas en la ley para promover la independencia de la judicatura, en particular el establecimiento de un sistema de selección de los jueces por concurso.

6. El Comité toma también nota con satisfacción de los progresos realizados en la protección de los derechos de las poblaciones indígenas, la devolución de tierras nacionales y provinciales a las comunidades indígenas a través del Plan Nacional para las Comunidades Indígenas y la promoción de una educación multicultural y multilingüe.

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.

8. Pese a las medidas positivas tomadas recientemente para reparar injusticias pasadas, incluida la abolición en 1998 de la Ley de obediencia debida y la Ley de punto final, preocupa al Comité que muchas personas que actuaban con arreglo a esas leyes sigan ocupando empleos militares o en la administración pública y que algunos de ellos hayan incluso obtenido ascensos en los años siguientes. El Comité reitera, pues, su inquietud ante la sensación de impunidad de los responsables de graves violaciones de los derechos humanos bajo el gobierno militar.

Las violaciones graves de los derechos civiles y políticos durante el gobierno militar deben ser perseguibles durante todo el tiempo necesario y con toda la retroactividad necesaria para lograr el enjuiciamiento de sus autores. El Comité recomienda que se siga desplegando un esfuerzo riguroso a este respecto y que se tomen medidas para cerciorarse de que las personas que participaron en violaciones graves de los derechos humanos no sigan ocupando un empleo en las fuerzas armadas o en la administración pública.

9. En lo que respecta a los artículos 9 y 14 del Pacto, el Comité reitera su honda inquietud ante el hecho de que el Estado Parte no garantice plenamente el principio de la presunción de inocencia en el proceso penal. A este respecto, el Comité considera motivo de preocupación que la duración de la prisión preventiva venga determinada por la posible longitud de la sentencia después de la condena y no por necesidad de enjuiciar al detenido y destaca a este respecto que la imposición de la prisión preventiva no debe ser la norma y sólo se debe recurrir a ella como medida excepcional y en el grado necesario y compatible con las debidas garantías procesales y con el párrafo 3 del artículo 9 del Pacto. A este respecto, no debe existir ningún delito para el que sea obligatoria la prisión preventiva.

Se deben reformar todos los aspectos del sistema de prisión preventiva de conformidad con los requisitos del artículo 9 y el principio de la presunción de inocencia del artículo 14.

10. Preocupa hondamente al Comité que las condiciones reinantes en las cárceles no se ajusten a las previstas en los artículos 7 y 10 del Pacto y considera que la gran superpoblación y la mala calidad en la prestación de servicios y la satisfacción de necesidades fundamentales, como la alimentación, la ropa y la asistencia médica, son incompatibles con el derecho de toda persona a un trato humano y con el respeto de la dignidad inherente al ser humano. Se ha establecido además la existencia de abusos de autoridad por los funcionarios de prisiones, que se manifiestan en tortura y malos tratos, corrupción y otras prácticas.

Aunque observa que hay planes en curso para la construcción de nuevas instalaciones penitenciarias, el Comité recomienda que se preste atención inmediata a la necesidad de satisfacer debidamente las necesidades fundamentales de todas las personas privadas de libertad. En relación con las reclamaciones por malos tratos o tortura, recomienda que el Estado Parte incluya en su próximo informe datos detallados sobre el número de reclamaciones recibidas, con mención de los recursos a disposición de los reclamantes, el resultado de las reclamaciones hasta la fecha, el tipo de sanción disciplinaria o punitiva que se impone a los culpables reconocidos de estas prácticas y las responsabilidades precisas de todos los órganos pertinentes del Estado.

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.

12. El Comité expresa su preocupación ante los ataques continuos de que son víctima los defensores de los derechos humanos, jueces, denunciantes y representantes de las organizaciones de derechos humanos, así como los representantes de los medios de comunicación social. Además, quienes participan en demostraciones pacíficas se exponen, según se dice, a la detención y a una acción penal.

Los ataques contra los defensores de los derechos humanos y contra las personas que participan en demostraciones pacíficas se deben investigar con prontitud y se han de imponer a los autores las sanciones disciplinarias o punitivas que proceda. El Estado Parte debe dar detalles en su próximo informe sobre los resultados de estas investigaciones y sobre los procedimientos seguidos para imponer sanciones disciplinarias o punitivas a los autores de esta clase de actos.

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.

**CONVENCIÓN INTERNACIONAL sobre la ELIMINACIÓN de
TODAS las FORMAS de DISCRIMINACIÓN RACIAL
(CEDR)**

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, de conformidad con el artículo 19

Parte I

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 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, de conformidad con el artículo 27

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:

Part I

Artículo 1

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...

(...)

INFORME del 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.)

DERECHOS REPRODUCTIVOS Y SALUD REPRODUCTIVA

Bases para la acción

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, cuando y con que frecuencia. Esta última condición lleva implícita 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.

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 decir 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.

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

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

Mediante el sistema de atención primaria de salud, todos los países deben esforzarse por que la salud reproductiva este 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.

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.

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.

Los gobiernos deberían promover una participación mucho más amplia de la comunidad en los servicios de atención de la salud reproductiva, descentralizando la gestión de los programas de salud pública y formando asociaciones en cooperación con organizaciones locales no gubernamentales y grupos privados de atención de la salud. Se debería alentar a participar en la promoción de una mejor salud reproductiva a todos los tipos de organizaciones no gubernamentales, incluidos los grupos locales de mujeres, los sindicatos, las cooperativas, los programas para los jóvenes y los grupos religiosos.

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.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y SALUD PÚBLICA

Bases para la acción

El aumento de la esperanza de vida registrado en la mayoría de las regiones del mundo refleja progresos significativos, en la salud pública y en el acceso a los servicios de atención primaria de salud. Entre los logros importantes figura la vacunación de alrededor del 80% de los niños de todo el mundo y el uso difundido de tratamientos de bajo costo, como la terapia de rehidratación oral, para asegurar la supervivencia de un mayor número de niños. Sin embargo, estos logros no han beneficiado a todos los países, y las enfermedades que pueden ser prevenidas o tratadas constituyen todavía una de las causas principales del fallecimiento de niños de corta edad. Además, amplios sectores de la población de muchos países sigue sin acceso a agua potable y saneamiento, viviendo en condiciones de hacinamiento y sin nutrición adecuada. Un gran número de personas continúan expuestas al riesgo de infecciones y de enfermedades parasitarias y transmitidas por el agua, como la tuberculosis, el paludismo y la esquistosomiasis. Por añadidura, los efectos sobre la salud de la degradación ambiental y de la exposición a sustancias peligrosas en el lugar de trabajo son causa de creciente alarma en muchos países. De igual manera, el aumento del consumo de tabaco, alcohol y drogas provocara un marcado incremento de casos de enfermedades crónicas costosas entre la población en edad de trabajar y los ancianos. El impacto de las reducciones de los gastos en salud y otros servicios sociales que ha tenido lugar en muchos países de resultados de la retracción del sector público, la asignación inadecuada de los recursos disponibles para la salud, el ajuste estructural y la transición a la economía de mercado, ha impedido que se produjeran cambios importantes en los estilos de vida, los medios de subsistencia y las modalidades de consumo y es también un factor que influye en el aumento de la morbilidad y la mortalidad. Aunque las reformas económicas son esenciales para un crecimiento económico sostenido, también es imprescindible que al formular y ejecutar programas de ajuste estructural se tenga en cuenta la dimensión social.

Los objetivos son:

- a) Aumentar la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y asequibilidad de los servicios de atención de la salud para todas las personas de conformidad por los compromisos asumidos a nivel nacional de proporcionar acceso a la atención básica de salud a toda la población;
- b) Aumentar los años de vida saludable y mejorar la calidad de la vida de toda la población y reducir las disparidades en la esperanza de vida entre los diversos países y dentro de cada país.

Medidas

Todos los países deberían reexaminar los programas de capacitación y la distribución de funciones dentro del sistema de atención de salud, a fin de reducir el recurso frecuente, innecesario y costoso a los médicos y a los servicios de atención secundaria y terciaria, manteniendo al mismo tiempo servicios de consulta eficaces. Hay que garantizar a todas las personas y en especial a los grupos más desfavorecidos y vulnerables el acceso a los servicios de atención de salud. Los gobiernos deberían procurar que los servicios de atención primaria de salud sean económicamente más sostenibles, y garantizar al mismo tiempo un acceso equitativo a dichos servicios, integrando los servicios de salud reproductivas, incluidos los de

planificación de la familia y salud maternoinfantil, y haciendo un uso apropiado de los servicios basados en la comunidad, y de los planes de comercialización social y de recuperación de los costos, a fin de extender el alcance y mejorar la calidad de los servicios disponibles. Debería promoverse la participación de los usuarios en la gestión económica de los servicios de atención de salud.

SALUD DE LA MUJER Y LA MATERNIDAD SIN RIESGO

Bases para la acción

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.

Los objetivos son:

1. Promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo a fin de lograr una reducción rápida y sustancial en la morbilidad y mortalidad maternas y reducir las diferencias observadas entre los países en desarrollo y los desarrollados, y dentro de los países. Sobre la base de un esfuerzo decidido por mejorar la salud y el bienestar de la mujer, reducir considerablemente el número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones;

2. Mejorar la situación de salud y de nutrición, especialmente de las mujeres embarazadas y las madres lactantes.

Medidas

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.

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 post-aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos.

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.

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.

POLÍTICAS Y PLANES DE ACCIÓN NACIONALES

Bases para la acción

Cada vez se reconoce más la necesidad de que los países consideren las repercusiones de la migración, interna e internacional, al formular sus políticas y programas pertinentes. Se reconoce también cada vez más que, para que las políticas, planes, programas y proyectos relacionados con la población sean sostenibles, es preciso lograr que aquellos a quienes van dirigidos participen plenamente en su elaboración y ejecución subsiguiente.

Cada vez se reconoce más la función de colaboración de las organizaciones no gubernamentales en las políticas y programas nacionales, al igual que el importante papel del sector privado.

Los miembros de los órganos legislativos nacionales pueden tener un importante papel que desempeñar, especialmente en la promulgación de leyes internas apropiadas para poner en práctica el presente Programa de Acción, consignando recursos financieros suficientes, asegurando la rendición de cuentas en relación con los gastos y despertando en el público la conciencia de las cuestiones de población.

Los objetivos son:

1. Incorporar las cuestiones relativas a la población en todos los programas, estrategias, planes y políticas nacionales de desarrollo;
2. Fomentar la participación activa de los representantes elegidos del pueblo, en particular los miembros del parlamento, de grupos interesados, especialmente a nivel popular, y de particulares, en la formulación, aplicación, supervisión y evaluación de estrategias, políticas, planes y programas de población y desarrollo.

Medidas

Los gobiernos, con la activa participación de parlamentarios, órganos locales elegidos, comunidades, el sector privado, organizaciones no gubernamentales y asociaciones de mujeres, deberían tratar de hacer que el público tome conciencia de los problemas de población y desarrollo y formular, aplicar y evaluar estrategias, políticas, planes, programas y proyectos, nacionales que traten las cuestiones de población y desarrollo, incluida la migración, como partes integrantes de su proceso de planificación y ejecución del desarrollo sectorial, intersectorial y general. Deberían esforzarse asimismo por proporcionar suficientes recursos humanos y

lograr el aporte de distintas instituciones para coordinar y ejecutar la planificación, aplicación, supervisión y evaluación de las actividades de población y desarrollo.

DECLARACIÓN de BEIJING y LA PLATAFORMA de ACCIÓN

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

RESOLUCIONES APROBADAS POR LA CONFERENCIA: LA MUJER Y LA SALUD

La mujer tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. El disfrute de ese derecho es esencial para su vida y su bienestar y para su capacidad de participar en todas las esferas de la vida pública y privada. La salud no es sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social. La salud de la mujer incluye su bienestar emocional, social y físico; contribuyen a determinar su salud tanto factores biológicos como el contexto social, político y económico en que vive. Ahora bien, la mayoría de las mujeres no goza de salud ni de bienestar. El principal obstáculo que impide a la mujer alcanzar el más alto nivel posible de salud es la desigualdad entre la mujer y el hombre y entre mujeres en diferentes regiones geográficas, clases sociales y grupos indígenas y étnicos. Sin embargo, la salud y el bienestar eluden a la mayoría de las mujeres.

En foros nacionales e internacionales, las mujeres han hecho hincapié en que la igualdad, incluidas las obligaciones familiares compartidas, el desarrollo y la paz son condiciones necesarias para gozar de un nivel óptimo de salud durante todo el ciclo vital.

El acceso de la mujer a los recursos básicos de salud, incluidos los servicios de atención primaria de la salud, y su utilización de esos recursos es diferente y desigual en lo relativo a la prevención y el tratamiento de las enfermedades infantiles, la malnutrición, la anemia, las enfermedades diarreicas, las enfermedades contagiosas, el paludismo y otras enfermedades tropicales y la tuberculosis, entre otras afecciones. Las oportunidades de la mujer también son diferentes y desiguales en lo relativo a la protección, la promoción y el mantenimiento de la salud. En muchos países en desarrollo, causa especial preocupación la falta de servicios obstétricos de emergencia. En las políticas y programas de salud a menudo se perpetúan los estereotipos de género y no se consideran las diferencias socioeconómicas y otras diferencias entre mujeres, ni se tiene plenamente en cuenta la falta de autonomía de la mujer respecto de su salud. La salud de la mujer también se ve sujeta a discriminaciones por motivos de género en el sistema de salud y por los servicios médicos insuficientes e inadecuados que se prestan a las mujeres.

En muchos países, especialmente en países en desarrollo y en particular los menos adelantados, una disminución de los gastos de salud pública y, en ciertos casos, el ajuste estructural, contribuyen al empeoramiento de los sistemas de salubridad pública. Además, la privatización de los sistemas de atención de la salud y sin garantías adecuadas de acceso universal a la atención de la salud asequible reduce aún más la disponibilidad de los servicios de atención de la salud. Esa situación no sólo afecta directamente a la salud de niñas y mujeres, sino que además impone obligaciones desproporcionadas a la mujer, que no recibe el apoyo social,

psicológico y económico que necesita al no reconocerse a menudo sus múltiples funciones, incluidas las funciones relacionadas con la familia y la comunidad.

Es preciso lograr que la mujer pueda ejercer el derecho a disfrutar el más alto nivel posible de salud durante todo su ciclo vital en pie de igualdad con el hombre. Las mujeres padecen muchas de las afecciones que padecen los hombres, pero de diferente manera. 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 son realidades sociales que tienen efectos perjudiciales sobre su salud. La falta de alimento para las niñas y mujeres y la distribución desigual de los alimentos en el hogar, el acceso insuficiente al agua potable, al saneamiento y al combustible, sobre todo en las zonas rurales y en las zonas urbanas pobres, y las condiciones de vivienda deficientes pesan en exceso sobre la mujer y su familia y repercuten negativamente en su salud. La buena salud es indispensable para vivir en forma productiva y satisfactoria y el derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud y en particular su propia fecundidad es fundamental para su emancipación.

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.

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.

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 14/. 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.

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. Esa situaciones suelen disuadir a las mujeres de utilizar los servicios de salud y otros servicios.

Los trastornos mentales relacionados con la marginalización, la impotencia y la pobreza, junto con el trabajo excesivo, el estrés y la frecuencia cada vez mayor de la

violencia en el hogar, así como el uso indebido de sustancias, se cuentan entre otras cuestiones de salud que preocupan cada vez más a la mujer.

La calidad de la atención de la salud de la mujer suele ser deficiente en diversos aspectos, según las circunstancias locales. En muchos casos, no se trata a la mujer con respeto, no se le garantiza la privacidad y la confidencialidad ni se le ofrece información completa sobre las opciones y los servicios a su alcance. Además, en algunos países se suelen recetar más medicamentos de los necesarios o dosis más altas para tratar las afecciones propias de la mujer, lo cual lleva a intervenciones quirúrgicas innecesarias y una medicación inadecuada.

En la lucha contra las desigualdades en materia de salud, así como contra el acceso desigual a los servicios de atención de la salud y su insuficiencia, los gobiernos y otros agentes deberían promover una política activa y visible de integración de una perspectiva de género en todas las políticas y programas, a fin de que se haga un análisis de los efectos en uno y otro sexo de las decisiones antes de adoptarlas.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 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

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:

- a) Respaldo y cumplir los compromisos contraídos en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo según se estableció en el informe de dicha Conferencia, y la Declaración y Programa de Acción sobre Desarrollo Social adoptados en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social 15/ celebrada en Copenhague, así como las obligaciones de los Estados partes con arreglo a la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y otros acuerdos internacionales pertinentes, de satisfacer las necesidades de las niñas y las mujeres de todas las edades en materia de salud;
- b) Reafirmar el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, proteger y promover el respeto de ese derecho de la mujer y de la niñas, por ejemplo, incorporándolo en las legislaciones nacionales; examinar las leyes en vigor, incluidas las relativas a la atención de salud, y las políticas conexas, cuando sea oportuno, para poner de manifiesto el interés por la salud de la mujer y asegurarse de que responden a las nuevas funciones y responsabilidades de la mujer, dondequiera que vivan;
- c) Concebir y ejecutar, en colaboración con mujeres y organizaciones locales, programas de salud con orientación de género que prevean, por ejemplo, servicios de salud descentralizados, presten atención a las necesidades de la

mujer durante toda su vida y a sus múltiples funciones y responsabilidades, su limitada disponibilidad de tiempo, las necesidades especiales de la mujer de los medios rurales y la mujer con discapacidades y las diversas necesidades de la mujer según su edad y su condición socioeconómica y cultural, entre otras cosas; hacer participar a la mujer, especialmente la mujer indígena y la mujer de las comunidades locales, en la determinación de las prioridades y la preparación de programas de atención de salud; y suprimir todos los obstáculos que impiden el acceso de la mujer a los servicios de salud y ofrecer toda una serie de servicios de asistencia sanitaria;

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;

f) Reformular los sistemas de información, los servicios y la capacitación en materia de salud destinados a los trabajadores de la salud, de manera que respondan a las necesidades en materia de género y se hagan eco de las perspectivas de los usuarios con respecto a la capacidad de comunicación y relación personal y del derecho del usuario a la privacidad y confidencialidad. Estos servicios y los servicios de información y capacitación deben basarse en un enfoque integral;

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;

h) Adoptar todas las medidas necesarias para acabar con las intervenciones médicas perjudiciales para la salud, innecesarias desde un punto de vista médico o coercitivas y con los tratamientos inadecuados o la administración excesiva de medicamentos a la mujer, y hacer que todas las mujeres dispongan de información completa sobre las posibilidades que se les ofrecen, incluidos los beneficios y efectos secundarios posibles, por personal debidamente

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 Desarrollo¹⁴;

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 ^{16/} 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", considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales;

l) Prestar especial atención a las necesidades de las niñas, en particular la promoción de actividades saludables, como las actividades físicas; adoptar medidas concretas para reducir las diferencias por motivos de género en las tasas de morbilidad y mortalidad de las muchachas en situación desfavorecida, y al mismo tiempo alcanzar las metas aprobadas a nivel internacional en materia de reducción de la mortalidad de lactantes y de niños, y concretamente reducir para el año 2000 la tasa de mortalidad de lactantes y de niños menores de 5 años en una tercera parte de los valores de 1990, o de 50 a 70 por 1.000 nacidos vivos si esa cifra es menor; para el año 2015 se debería alcanzar una tasa de mortalidad de lactantes de 35 por 1.000 nacidos vivos y una tasa de mortalidad de niños menores de 5 años de menos de 45 por 1.000;

n) Preparar información, programas y servicios para ayudar a la mujer a comprender y asimilar los cambios relacionados con la edad, y abordar las necesidades en materia de salud de las mujeres de edad avanzada, prestando especial atención a las que tengan problemas de tipo físico o psicológico;

p) Formular políticas especiales, preparar programas y promulgar las leyes necesarias para reducir y eliminar los riesgos para la salud relacionados con el medio ambiente y con el trabajo de la mujer en el hogar, en el lugar de trabajo y

en cualquier otra parte, prestando atención a las mujeres embarazadas y lactantes;

q) Integrar los servicios de salud mental en los sistemas de atención primaria de la salud u otros sistemas pertinentes, elaborar programas de apoyo y capacitar a los trabajadores atención primaria de la salud para que puedan reconocer y tratar a las niñas y a las mujeres de todas las edades que hayan sido víctimas de cualquier tipo de violencia, especialmente violencia en el hogar, abusos sexuales u otro tipo de abuso durante conflictos armados y de otra índole;

s) Establecer mecanismos que respalden y posibiliten la participación de organizaciones no gubernamentales, en particular organizaciones de mujeres, grupos profesionales y otros órganos dedicados al mejoramiento de la salud de las niñas y las mujeres en la elaboración de políticas, la formulación de programas, según sea oportuno, y su ejecución en el sector de la salud y sectores conexos en todos los niveles;

t) Prestar apoyo a las organizaciones no gubernamentales dedicadas a la salud de la mujer y ayudar a establecer redes con el objeto de mejorar la coordinación y la colaboración entre todos los sectores relacionados con la salud;

u) Racionalizar las políticas de adquisición de medicamentos y asegurarse de que exista una oferta permanente de medicamentos de calidad, anticonceptivos y suministros y equipo de otro tipo, sobre la base de la lista de medicamentos esenciales de la OMS; y garantizar la seguridad de los fármacos y dispositivos médicos mediante mecanismos nacionales de regulación de la aprobación de fármacos;

y) Garantizar el acceso pleno y en condiciones de igualdad a la infraestructura y los servicios de atención de salud para las mujeres indígenas.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

Fortalecer los programas de prevención que promueven la salud de la mujer

Medidas que han de adoptarse

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;

b) Aplicar políticas sociales, de desarrollo humano, de educación y de empleo encaminadas a eliminar la pobreza entre las mujeres a fin de reducir su susceptibilidad a las enfermedades y mejorar su salud;

c) Alentar a los hombres a que participen en condiciones de igualdad en el cuidado de los hijos y el trabajo doméstico y a que aporten la parte que les corresponde de apoyo financiero a sus familias, incluso cuando no vivan con ellas;

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);

- h) Establecer políticas que reduzcan la carga desproporcionada y cada vez mayor que recae sobre las mujeres que desempeñan múltiples funciones dentro de la familia y de la comunidad proporcionándoles apoyo suficiente y programas con cargo a los servicios de salud y sociales;
- i) Adoptar normas que garanticen que las condiciones de trabajo, entre ellas la remuneración y el ascenso de las mujeres a todos los niveles del sistema de salud no sean discriminatorias y se ajusten a pautas justas y profesionales a fin de permitirles trabajar con eficacia;
- p) Garantizar que los programas de las facultades de medicina y otros programas de formación sanitaria incluyan cursos sobre la salud de la mujer generales, obligatorios y que tengan en cuenta los aspectos relacionados con el género;
- 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 4

Promover la investigación y difundir información sobre a salud de la mujer

Medidas que han de adoptarse

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:

- a) Impartir formación a los investigadores e introducir sistemas que permitan el uso de los datos reunidos, analizados y desglosados, entre otras cosas, por sexo y edad y otros criterios demográficos establecidos y variables socioeconómicas, en la determinación de políticas, según convenga, la planificación, supervisión y evaluación;
- b) Promover investigaciones, tratamientos y tecnologías que tengan en cuenta el género y que se centren en las mujeres, y vincular los conocimientos tradicionales e indígenas con la medicina moderna, poniendo la información a disposición de las mujeres para permitirles tomar decisiones informadas y responsables;...
- g) Prestar apoyo a la investigación de los sistemas y las operaciones de los servicios de salud para fortalecer el acceso y mejorar la calidad de la prestación de servicios, garantizar un apoyo adecuado a las mujeres que prestan servicios de salud y examinar modalidades relativas a la prestación de servicios de salud a las mujeres y de la utilización de tales servicios por las mujeres;
- 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 5

Aumentar los recursos y supervisar el seguimiento de la salud de las mujeres

Medidas que han de adoptarse

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;
- b) Elaborar planteamientos innovadores para la financiación de los servicios de salud mediante la promoción de la participación de la comunidad y la financiación local; aumentar, cuando sea necesario, las consignaciones presupuestarias para los centros de salud de las comunidades y los programas y servicios basados en la comunidad que se ocupan de necesidades en materia de salud específicas de las mujeres;
- c) Establecer servicios de salud que incorporen las cuestiones relacionadas con el género en la labor de promover sobre la base de la comunidad, la participación y la autoayuda, así como programas de salud preventiva formulados especialmente;
- d) Establecer objetivos y plazos, cuando convenga, para mejorar la salud de las mujeres y para planificar, aplicar, supervisar y evaluar los programas, sobre la base de evaluaciones de la repercusión en materia de género utilizando datos cualitativos y cuantitativos desglosados por sexo, edad, otros criterios demográficos establecidos, y variables socioeconómicas;
- e) Establecer, cuando convenga, mecanismos ministeriales e interministeriales para supervisar la aplicación de las reformas de las políticas y los programas de salud de las mujeres y establecer cuando proceda de coordinación a alto nivel en los organismos nacionales de planificación responsables de la supervisión para garantizar que en todos los organismos y los programas gubernamentales competentes se de la debida importancia a las preocupaciones sobre la salud de la mujer.

C- NUESTRAS PROPUESTAS

**El trato digno no depende de la calidad de recursos.
RESPETAR NO CUESTA, NO SER RESPETADAS SI TIENE ALTOS COSTOS.**

Partimos de esta idea en virtud de conocer la situación de crisis y precariedad que atraviesa la salud pública, a la que ya hiciéramos referencia, y de sostener que nada puede justificar ni ser un obstáculo para brindar una adecuada calidad de atención y trato respetuoso.

Consideramos que esta parte es una de las más relevantes de este trabajo dado que, la finalidad primordial del mismo es promover la sensibilización y la reflexión sobre el tema para posibilitar la modificación de las prácticas en salud violatorias de los derechos de las mujeres.

A la hora de pensar e implementar propuestas, es importante tener en cuenta que el Comité de la CEDM¹ 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) 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) 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. 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 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.

A fin de erradicar del ámbito de la salud las prácticas y actitudes discriminatorias fuertemente naturalizadas, y siguiendo las recomendaciones precedentes, sugerimos se adopten las siguientes medidas:

- a) Acciones de sensibilización y capacitación destinadas a los/as trabajadores/as involucrados/as directamente en los servicios de salud reproductiva, (tocoginecólogos/as, obstetras, enfermeros/as) así como al personal administrativo a fin de que puedan comprender más integralmente el derecho a la salud como un derecho humano desde la perspectiva de género, incluyendo no sólo la salud física, sino también la psíquica y social.
- b) Realizar una campaña de difusión sobre las leyes de salud reproductiva (nacional, provincial y ordenanza municipal) y sobre el conjunto de disposiciones normativas (pactos y convenciones de derechos humanos) y jurisprudencia disponible con relación a las prácticas asistenciales del campo de la salud reproductiva.
- c) Implementación de sistemas de medición y monitoreo de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género considerando una atención centrada en las usuarias de los servicios.
- d) La continuidad y seguimiento de las propuestas surgidas y mencionadas en el punto Acciones.

ANEXO

TESTIMONIO N° 1

Hospital: Roque Saenz Peña.

Fecha aproximada: febrero de 2003

Hace un mes la paciente concurre al servicio de ginecología del hospital por un embarazo de un mes y le dicen que solicite turno en maternidad para hacerse los controles del embarazo. La atiende una señora (1) quien se enoja porque había quedado embarazada nuevamente. La testimoniante manifiesta que no tiene confianza con esa señora para que la misma se crea con derecho a hacerle un comentario semejante. Seguidamente, esa señora que daba los turnos, le dice: “¿no tomás pastillas, no te cuidás?.. ¿Pero vos no sabés que acá hay inyecciones para que te venga la menstruación?”. La testimoniante dice que le responde que ella estaba de un mes y que no le iba a venir la menstruación. A esto, la señora le responde que hay tres inyecciones para que le venga.

La testigo dice que esos comentarios fueron dichos delante de personas que se encontraban allí esperando y que ella se sintió muy mal.

(1) La testimoniante no sabe de quien se trata, pero con posterioridad y averiguaciones sobre personal que trabaja en dicho servicio se detecta que se trata de una obstétrica.

TESTIMONIO N° 2

Hospital: Maternidad Martín

Fecha aproximada: 4 años.

Se internó al estar por parir a un hijo. Al momento del trabajo de parto empezó con dolores fuertes, la llevan a la maternidad. La atiende una partera en la sala de parto, sala que tenía como 8 camas. La paciente le dijo que le tenían que poner coagulantes porque tenía problemas de coagulación, pero no le dieron importancia. Le dolía mucho porque estaba por parir y se lo dijo a la partera, ésta le respondió: “*aguanten, aguanten, si les gusta coger, se tienen que aguantar esto porque es menos doloroso*”. La mujer se sintió re mal. Además, dice que el bebé era muy grande al nacer (4 kg. 150 gm.) y era para cesárea, por eso le dolía tanto. Se le produjo un desgarro y tuvo mucha hemorragia.

TESTIMONIO N° 3

Hospital: Maternidad Martin

Fecha aproximada: de 3 a 4 años.

Característica del testimonio: relato referido en calidad de testigo.

La testimoniante fue testigo presencial de una situación por la que una mujer del barrio con complicaciones de pérdida de embarazo y con hemorragia, fue asistida por personal de una ambulancia que llega al barrio. Con la ambulancia llegan también 7 comandos de policía, con cámaras filmadoras para filmar lo que encontraron en la casa de la mujer que tuvo la pérdida. Dice la testimoniante que el feto era bastante grandecito y que lo pusieron en una bolsa de supermercado.

La mujer en una camilla de ambulancia fue trasladada a la Maternidad Martín y la testigo iba con el chofer. Al llegar a la maternidad, una enfermera sale de la sala y le entrega a la testigo la bolsita con el feto y le dice que vaya a la policía y lo lleve. La testigo se niega y alega que eso no correspondía porque ella podía verse implicada en un delito.

TESTIMONIO N° 4

Hospital: Eva Perón

Fecha: agosto de 1998.

La paciente consulta por metrorragia (hemorragia vaginal) al servicio de ginecología y obstetricia. Una médica residente le indica que se haga una ecografía. Luego de esta ecografía 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. 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 sobre si había otras posibilidades distintas a la operación. La operación consistió en una histerectomía (extracción del útero). La testimoniante relata que en el momento de la revisión del tocoginecólogo y los residentes se sintió sola, tratada como un instrumento; *“el trato es totalmente impersonal”*, refiere.

TESTIMONIO N° 5

Hospital: Provincial.

Fecha: mediados de 1999.

“Bueno, ahí me dejaron tirada como un perro, en el Provincial, cuando tuve el segundo nene. Yo llegué, resulta que yo tenía sífilis y nunca me había echo tratar el embarazo. Después que compré el nene me subieron a una salita arriba y me dejaron ahí, que cuando llegó mi vieja estaba con cuarenta grados de fiebre y nadie me iba a ver. Después de eso, gracias a dios en otros lados me trataron bien. Pero ahí me dejaron sola, sola, completamente sola. No se como me hicieron el parto, con es te digo todo. Me sentí re mal. Me sentía como si yo fuera un animal, porque ni a un animal se lo trata así. Yo al otro día firmé el alta voluntaria y me fui, no podía estar ahí donde ni siquiera me atendían. No volvería a ir ahí, por eso no tuve ninguno de mis hijos más ahí en el Provincial”.

TESTIMONIO N° 6

Hospital: Centenario

Fecha: mayo de 1999

“Me llamo N., fui al Hospital Centenario a tener mi primer hijo y en momentos me atendieron bien pero en momentos mal. Por ejemplo un día fui al monitoreo y me dieron a entender que el médico que me atendía no era bueno, y después cuando fui con tres centímetros de dilatación me dijeron que me tenía que volver a mi casa, y una doctora, no me acuerdo como se llamaba, una rubiecita, me dio a entender que yo iba siempre al pedo, que eran ñañas. Después cuando estaba en pre parto me dejaron sola

y no me atendían, me decían que eran ñañas de primeriza, y yo estaba que no daba más, me dolía mucho la panza, se me pasaba el suero y no me daban bola. Yo le decía que me ayudaran, que no daba más, que estaba dolorida, que se me pasaba el suero, y todo. Y ellos no me atendían muy bien porque decían que eran ñañas y miedo de primeriza. En el momento del parto me atendió la Dra. V., pero cuando estuve en el trabajo de parto fue pésimo trato. Yo me sentía re mal, la enfermera poca bola te daban y los médicos no te contestaban. Tenía ganas de irme, de la desesperación me daban ganas de hacer cualquier cosa. Fue feo, me sentía sola, no me sentía apoyada ni nada y con miedo que le pasara cualquier cosa al bebé. Te dejaban horas y horas sola, atendían a otras pacientes, me observaban cada tanto así nomás y se reían y decían que era primeriza y que quería todo rápido, que ellos no podían hacer nada”.

TESTIMONIO N° 7

Hospital: “Anselmo P. Gamen” de Villa Gobernador Gálvez

Fecha: 16/06/02

L. relata que se internó el día 16/06/02 a las 8 hs. para tener a su hijo. La atendió la Dra. E.. A las 17 hs. Le provocaron el parto. Después del parto L. se descompuso y cuenta: *“La doctora me retaba, me decía que me hacía la estúpida, me mostraba la placenta y me decía ¿ves que está entera? Yo me sentía muy mal y la doctora me decía “no te hagas la nenita de mamá”. Después me llevaron a la sala común donde me agarró hemorragia y vómitos. La doctora tardó diez minutos en atenderme, me hizo poner una inyección y a las dos horas me cambió de sala caminando. Cuando venía caminando me descompuse, estaba muy mareada por la pérdida de sangre. La doctora me dijo “te hiciste la desmayada porque me viste a mi”. Cuando cambió la guardia me trasladaron al Hospital Centenario. Me hicieron una ecografía y encontraron restos de placenta y un pedazo de gasa. Me hicieron transfusiones de sangre y estuve diez días internada. Allí la atención fue buena, pero me revisaban muchos residentes”.*

Le preguntamos a L. si sabía como era la atención a las mujeres que ingresaban al hospital con alguna complicación de un aborto, y nos dijo: *“Si saben que te hiciste un aborto te hacen el raspaje en carne viva”.*

TESTIMONIO N° 8

Hospital: Maternidad Martin

Fecha aproximada del hecho: desde Abril del 2002

La mujer, por su embarazo, se hacía los controles en el dispensario Staffieri. A partir de complicaciones clínicas (diabetes, presión alta, etc.) la derivan a la M.M., estuvo dos veces internada para observación. Señala que lo/as médico-as y personal de enfermería, en general, estaban de mal humor, la trataban de mal modo. Ella les pregunta el motivo de ese mal trato, y el personal le comenta que estaban mal porque no le pagaban, porque estaban excedidos de trabajo y no le reconocían las horas extras, etc. Pero, expresa que, en especial el mal trato con ella se debía a que era muy gorda.

En el mes de Julio, el ecografista, quien la veía por primera vez a la paciente, se enojó y le decía, maltratándola, que no podía estar tan gorda.

Cuando le dijeron que estaba en fecha de parto, en el mes de Agosto, ella creía que recién llevaba 7 meses de embarazo. La testimoniante queda desconcertada.

El día 5 de Agosto se internó y nació el bebé el día 6.

Cuando estaba en la sala de parto, dos profesionales que la atendían estaban enojados, le pusieron suero, tenían muchas dificultades para encontrar al bebé, para detectar los latidos. Le decían a la paciente que era porque ella era muy gorda.

Cuando la atienden dos cirujanos (no se puede precisar si los dos eran varones), le dijeron que no podía tener más hijos por la edad, por las complicaciones de diabetes y presión. Que los hijos podían nacer muertos, mogólicos y que, si tenía más, le iban a nacer muertos. En esa situación, le proponen practicarle una ligadura de trompas. Ella respondió que tenía que consultar con su marido. Los médicos le dijeron que “*no podía traer hijos al mundo así*”. Nunca hablaron con su marido.

Antes de ir a la cesárea, los cirujanos y la obstetra, le dijeron que el bebé estaba muerto. Le sacan al bebé y ella no lo escucha llorar, por lo que creyó que, efectivamente, estaba muerto.

La enfermera le dijo que era bebé hermoso, lo llevaron a neonatología porque era gordito, pesaba 4 kilos, 900 gramos. Ella le preguntó a la enfermera con muchos miedo si estaba vivo y ésta le dijo que sí.

Antes de hacerle la cesárea, ella se sentía desvanecida, mal y un enfermero le hace firmar una planilla. Le dice “*tenés que firmar acá*”. Luego el cirujano le dice “*yo me voy a negar toda la vida a eso*”. La testimoniante dice que “eso” se refería a que el cirujano se iba a negar toda la vida a decir que él le había ligado las trompas.

La testimoniante, por el estado en que se encontraba no pudo preguntar qué decía la planilla así como tampoco si le habían ligado las trompas. Pero tampoco le leyeron lo que le hicieron firmar, sólo le dijeron que tenía que firmar.

Ella no está segura si le ligaron las trompas, pero cree que sí.

El bebé muere a los dos días en neonatología. El médico le dice que había sido mal engendrado, que no se había desarrollado (tenía problemas de corazón, de pulmón, etc.).

A la semana siguiente, vuelve a la M.M. porque había perdido dos puntos. Expresa que le metían el dedo en la herida y que le dolía mucho porque no le habían puesto calmante... le dijeron que no ponían calmante porque no había en la M.M.

El modo con el que se dirigían a ella, era siempre de “*gorda*”. La testimoniante aclara que no conocía a ninguno de ellos y que no había ningún tipo de relación de confianza.

Ella sentía que, a los que la atendían (enfermeros/as, cirujana y otro médico de más alto cargo), no les importaba quién estaba adelante ni qué le estaba pasando.

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

A los 3 o 4 meses vuelve a infectarse la herida y el médico del dispensario la deriva al HECA.

Allí la revisan el cirujano, le mete el dedo fuerte y le pregunta adónde le habían hecho eso y la derivan a la M.M. ya que el cirujano le dice que si allí le habían hecho eso tenía que volver allí.

La testimoniante señala que, en todo momento cuando le metían el dedo en la herida, le dolía mucho y que, además, ella sentía que no tenían cuidado al hacerlo.

Vuelve a la MM, le abren la herida. Como le dolía mucho, le pide un calmante a un enfermero que no había visto nunca. Le dijo que no le ponían porque no había en el hospital. Le apretan la herida para sacarle la infección, pero no se la cierran y le enseñan como curársela.

La mujer señala que se siente muy mal, con la duda de si podrá tener más hijos o no.

En Noviembre se hizo estudiar para saber si era hipertensa y diabética y no lo es; sólo surgió eso por el embarazo.

Agrega que no le entregaron ningún resultado de estudio y análisis respecto del estado del bebé, ni nada que de cuenta de las razones de la muerte. Le dijeron que el bebé había muerto de un paro cardíaco.

TESTIMONIO N° 9

Hospital: Roque Sáenz Peña.

Fecha aproximada del hecho: 3 años y tres meses (4 - 7 de Febrero del 2000)

Se atendía en el Dispensario zona sur cuando quedó embarazada y para parir fue derivada al Hospital Roque Sáenz Peña. Su ginecólogo –el del dispensario- le decía que tenían que hacerle una cesárea, siendo uno de los motivos la edad de la paciente (45 años). Le decía también que no podía tener más hijos por la cuestión de la edad.

Fue al hospital el día 4/02/2000 a hacerse la cesárea. Estuvo desde las 8 de la mañana hasta las 17 hs. sin ser vista siquiera. La vieron por primera vez, recién a esta hora. Le dijeron que no le iban a hacer cesárea porque el parto tenía que ser natural.

La atendieron nuevamente al día siguiente (5/2/00) a las 11 de la mañana y a las 14 hs. la llevaron a la sala de parto. Le dijeron que no le iban a hacer cesárea porque ella ya había tenido muchos hijos.

Le preguntó a la partera por qué no le querían hacer cesárea y aquella le responde: “*si se hace atender aquí es porque yo soy la Doctora, pero si vos sabés, quedate en tu casa y atendete sola*”. Cuando escuchó esto, la testimoniante sintió que la discriminaban.

Ella se sentía muy mal. El bebé era grande y no salía. Ella se quejaba del dolor.

La partera le respondía: “*te gustó coger y ahora como gritás acá, mirá cómo venís acá y no te acordás que te gustó la pija, y ahora te querés cerrar de piernas*”.

Luego de tener a su bebé, la llevan a la sala general, estuvo 3 días internada por las complicaciones del parto que fue con mucho dolor.

Llega la partera y unos cuantos residentes (13 aproximadamente). Ella escuchaba que la partera le decía a los estudiantes, refiriéndose a la testimoniante: “*ella dice que le duele*”. La testimoniante dice que esto le sonó como a que la partera no creyera que ella, efectivamente, estaba sintiendo dolor sino que sólo fingía.

La testimoniante señala que “*me metieron mano, más o menos 13 estudiantes*”, “*sentí vergüenza, bronca*”, “*me tapaba la cara con la sábana para que no me miraran*”.

Posteriormente y luego de varios meses de ir a la pediatra, ésta le pregunta si era posible que le hubieran aplicado fórceps para sacar al bebé. La testimoniante dice que no lo recuerda porque estaba desvanecida en ese momento y que, además, nadie le dijo absolutamente nada sobre que le hubieran aplicado fórceps. Entonces, va al hospital, y se informa a partir de la historia clínica que sí le habían hecho fórceps. Va a un neurólogo y luego de varios estudios (tomografía computada, placas radiográficas, análisis) se detecta que el bebé tenía la mollera cerrada. El neurólogo le dice que esto puede tener complicaciones con el crecimiento del niño y de la cabeza. La testimoniante, dice que su hijo tiene la cabeza un poco deformada. Intentó operarlo, pero producto de todas las idas y vueltas que le hicieron hacer en el hospital de niños Vilela, se cansó y finalmente, desistió de la operación.

La testimoniante dice que, las cosas que le decían agresivas en el momento del parto, también se las decían a otras mujeres. Además, a ella, la partera se lo repetía a cada rato.

TESTIMONIO N° 10

Hospital: Roque Saenz Peña

Fecha aproximada del hecho: Febrero del 2000.

Característica del testimonio: relato referido en calidad de testigo.

La testimoniante se encontraba internada en el hospital luego de haber parido.

En la sala general, escucha que algunas enfermeras se referían despectivamente respecto de una mujer oriunda de la provincia del Chaco que también había parido. *“Yo vi que la trataban muy mal, peor que a un animal”*.

En una oportunidad, una enfermera le dice a esta mujer chaqueña que se baje de la cama, pero no le daban calzado. Otra enfermera decía que no importaba, ya que no le iba a afectar andar descalza porque estaba acostumbrada y tenía la piel de los pies dura. En otro momento, escucha que una enfermera le dice a otra, delante de la paciente *“andá a ayudarla a cambiar el hijo porque no debe ni saber hacerlo”*. Dice la testimoniante que vio que a la paciente se le caían las lágrimas.

TESTIMONIO N° 11

Hospital: Roque Saenz Peña

Fecha del hecho: 6 y 7 de Abril del 2002.

Se internó en el hospital RSP el día 6 de abril del 2002 porque rompió bolsa; tenía un embarazo de siete meses. La dejaron internada y la revisaron una médica, un médico y mucha otra gente: estudiantes, enfermero-as. También había mucha gente que pasaba por el lugar.

En la revisión le hicieron tacto 4 personas.

Se quedó en la sala durante mucho tiempo sin ser atendida. Ella decía que le dolía mucho, pero nadie le prestaba atención.

Al mediodía del día siguiente, fueron varias personas a revisarla; ella pedía cesárea, cualquier cosa que le quitara el dolor que sentía. Dice que no la atendían a ella sino que atendían a otras mujeres, que iban y venían.

Cuando estaba en la sala de parto, la partera le hizo tacto y le dijo: *“no sé para qué te quejás si es chiquito”*.

Cuando estaba pariendo le dijeron que no gritara que eso no era una cancha y que no había ningún gol.

TESTIMONIO N° 12

Hospital: Roque Saenz Peña

Fecha aproximada del hecho: Febrero del 2000.

Característica del testimonio: relato referido en calidad de testigo.

Una mujer que estaba internada en el hospital por haber parido, refiere que ella veía que las enfermeras trataban mal a otras mujeres que estaban en la sala y que se quejaban del dolor. Por ejemplo, escuchó que una enfermera le dijo a una mujer: *“bien que cuando cogiste no gritabas. Te gustó lo dulce, ahora aguantate lo amargo”*.

TESTIMONIO N° 13

Hospital: Provincial y Roque Saenz Peña.

Fecha aproximada de los hechos: año 1996 y enero de 2000

A. tiene 32 años, participa del programa de jefa/es de hogar, hace muy poco tiempo terminó de cursar la escuela primaria, manifiesta estar muy orgullosa de sus 6 hijos,

tienen de 10 a 3 años. Refiere que recibió malos tratos en el Hospital Provincial cuando nació Stefanía, que actualmente tiene 7 años. *“En la sala de parto una partera me decía "si te gusto aguantátela", era una mujer "asquerosa", contestaba mal, era muy agresiva. Yo aprovechaba a preguntar cuando se acercaba un médico, la partera tenía muy malos modos, "de palabra". Ella cambiaba cuando estaban presentes otras personas. Me dijo cuando yo estaba con muchos dolores porque tenía contracciones "no grites, ponete una almohada". Volvió a recibir malos tratos en enero de 2000, cuando nació su hija menor, en esta oportunidad en el HRSP, refiere “fui seis veces a la guardia, tenía muchas contracciones, me decían "vení mañana, ahora no te podemos atender", pero no me revisaban. Hasta que mi marido se enojó y golpeó la puerta diciendo "se me va a morir mi hijo", después me informaron que me hacían cesárea porque era muy grande”.*

TESTIMONIO N° 14.

Hospital: Roque Sáenz Peña.

Fecha de los hechos: el primero hacía pocos meses y el segundo, cuatro años atrás.

S. tiene 31 años, dos hijos de 14 y 8 años, hace cinco años falleció un hijo y hoy tiene un embarazo de 9 meses. Ella comenta dos situaciones de malos tratos: Una reciente, dado que concurrió al HRSP a tratarse por una ETS., el médico clínico se enojó porque no encontraban mi historia clínica. Me decía que por culpa mía no encontraban la carpeta. *S. se pregunta: “¿para qué yo voy a querer la carpeta?. La médica que lo acompañaba, me dijo que tenía un mal día el doctor, lo dejé gritando solo, ahora pude cambiar de médico.*

En otra oportunidad, también en el HRSP, (esto fue hace 4 años), *"yo tengo todos mis hijos prematuros, tenía mucha pérdida, y en el hospital parece que una va porque es caprichosa, hacía días que estaba con pérdida y fiebre, fuimos a la guardia y no me atendían, me llevaron al Hospital Provincial, el jefe del servicio me dijo que mi hijo hacía 15 días que estaba muerto. Me pidieron el nombre del médico que me atendió en el HRSP, ellos lo querían demandar, me decían que si lo demandaban no iba a poder ejercer más. No quise hacer nada, porque el no era agresivo"*

TESTIMONIO N° 15.

Hospital: Roque Sáenz Peña.

Fecha del hecho: hace cuatro años.

M., 30 años, tiene un hijo de 12 años, hace 4 años fue al HRSP, 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. Se van no aparecen durante mucho tiempo., y cuando venían me decían: “¿Cómo no te cuidás? ¿Cómo no sabías como cuidarte?*

Las mujeres médicas son más inhumanas, apenas te ven en la guardia te despachan”.

TESTIMONIO N° 16

Hospital: Roque Sáenz Peña.

Fecha del hecho: junio de 2003.

G., tiene 27 años de edad, 4 hijos y 3 abortos .En los primeros días del mes de junio de este año, comenzó con hemorragias cuando cursaba las 16 semanas de su embarazo. Como la pérdida de sangre era muy abundante y ella no podía caminar, un familiar la llevo en brazos hasta la guardia del servicio de obstetricia del Hospital R. S. Peña. 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"*. G. dice, *"yo le avisé porque me lo comentaron en los otros embarazos, que tenía que informar que mi sangre es negativa, para que me den una medicación"*. Como tenía a dos de sus hijos enfermos y a su mamá con una enfermedad terminal, pidió el alta voluntaria después que le hicieron el legrado, la respuesta que recibió fue que como estaba muy anémica y le tuvieron que poner sangre, *"si te vas tenemos que llamar a la policía"*.

TESTIMONIO N° 17

Maternidad Martin

Fecha del hecho: un año atrás

A., tiene 42 años y comenta que acompañó a la pareja de su hijo hace 1 año a la MM, 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 *Había muchos practicantes, mucho manoseo, te meten mano y todo lo que le decían, "esta todo bien" y después le dicen que "era un bebé mal formado, ya va a venir la psicóloga". "¿Donde esta el derecho a la salud?"*. " Tenés que pelear para que te atiendan y cuando te atienden te amenazan".

TESTIMONIO N° 18

Maternidad Martin

Fecha del hecho: hace 6 meses.

G., tiene 22 años un hijo de 6 años y una hija de 4 años. *"El padre de mis hijos falleció hace 2 años después de una larga enfermedad. Con mi nueva pareja estamos juntos desde hace 1 año y decidimos tener un hijo, estábamos muy ilusionados"*. Hace 6 meses controlaba un nuevo embarazo de 3 meses en el Centro Staffieri, comenzó con una infección urinaria. *"Me hicieron análisis y como tenía muchas puntadas y contracciones me recomendaron que hiciera reposo y que tuviera cuidado de no hacer fuerza. Un viernes a la noche que me sentía muy mal me llevaron a la Maternidad Martín, llevé todos los análisis y las pastillas que estaba tomando, me mandaron a mi casa nuevamente. El 6 de enero de 2003, a las 5 hs. de la mañana, sentí que tenía mucha pérdida, avisé a mi pareja me sentía empapada de sangre, no pude llegar al baño, me senté en un balde y sentí que me salía algo caliente. Me llevaron a la guardia de la Maternidad Martín, 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 una hora de esperar sola en una salita sentada en un banco toda mojada, baje a buscar a mis familiares y me llevaron al*

Hospital Centenario .Me preguntaron si yo me había provocado la pérdida, porque el cuello del útero estaba abierto, cuando le mostré los análisis y le comenté todo lo que había pasado me atendieron sin problemas”.

TESTIMONIO N° 19

HRSP / Ganem / Centenario

Fecha del hecho: durante año 2001

N. tiene 21 años, dos embarazos controlados en el Centro Sur, en el primer embarazo cuando estaba de 5 meses comenzó con contracciones, fue a la guardia del HRSP. (2001) 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, del Hospital de Villa Gobernador Gálvez la llevaron al Hospital Centenario para hacerle un legrado. En ningún lugar le dieron explicaciones claras sobre lo que le había ocurrido. *"Hasta el día de hoy, no se realmente que me pasó”.*

TESTIMONIO N° 20.¹

Hospital Centenario

Fecha: junio de 2001

N. tiene 16 años y vive en la ciudad de Villa Gobernador Gálvez. Tenía una gesta de 28 semanas, se controlaba en un hospital municipal de la ciudad de Rosario. En el mes de Junio del corriente año tomó la decisión de pegarse un tiro en el útero, ingresando en la guardia del Hospital Provincial del Centenario de la ciudad de Rosario. *"Estaba sola... con mis hermanos, y con mi padrastro, mi mamá no estaba, y me fui a una piecita y ahí lo hice".* Aparentemente habría ingresado el 22 de junio de 2001 de extrema urgencia, razón por la cual fue intervenida quirúrgicamente y derivada posteriormente al área de terapia intensiva hasta el 24 de junio. *"No me acuerdo de nada, ...si me dijeron algo, no me acuerdo porque estaba como...como dormida" "me recibieron unos cirujanos, creo y unas enfermeras, pero te digo que no recuerdo bien (...) no me preguntaron nada, me llevaron a la sala de operaciones directamente".* Dice que se había sentido maltratada, pero que no consideraba que el mismo fuera de demasiada importancia, ya que *"Ahí todo el mundo te trata mal”.* Relató tres momentos en los que ella se sintió maltratada, recalando que los mismos se desarrollaron en la sala de terapia intensiva durante los días que estaba especialmente delicada su salud.

N. manifestó que el personal médico que la atendió, le indicó que era estricto que ella permaneciera en reposo durante su paso en terapia intensiva dada la complejidad de la operación por la cual había pasado. *"No me tenía que levantar por nada del mundo. Cuando estaba durmiendo venían las mujeres que te cambian las sábanas y ni me llamaban. Ellas agarraban las sábanas y me sacudían de la cama...sacudían las sábanas como cuando se la destiende (y hace un movimiento semejante al que se hace cuando se sacuden las sábanas del colchón de una cama)...pero conmigo encima. En ningún momento me dijeron ¿te podés levantar que vamos a cambiar las sábanas?"* Respecto de las razones por que podrían haber hecho eso, refiere: *"No sé, eran rebrutas conmigo, me dolía un montón por la herida, parece que no se dieran cuenta”* *"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,*

me miraron remal y me dijeron ¡que impresión ni impresión, nenita, andá y hacé caso, lavate, que acá no se está para pedir nada!

“Pero esto no fue lo que me hizo sentir peor. Viste que yo no me podía levantar para nada, bueno me habían dado una chata para que la usara porque no podía ir al baño. No me podía mover porque me dolía todo- cabe aclarar nuevamente que N se encontraba en terapia intensiva- y me estaba haciendo encima...pis, caca también. Y pasaba 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! Yo no sé si me tenía que levantar, o si querían que me doliera. Al final no me agunataba más, y me bajé de la cama con un dolor espantoso y me puse la chata y me la saqué yo sola”. Refiere haberse sentido muy mal.

Señala que con relación al motivo de la internación, nunca le dijeron nada (“no, por ese tema nunca me dijeron nada”)

TESTIMONIO N° 21¹

Hospital R. S. Peña

Fecha del hecho: febrero de 1999

L. tiene 22 años de edad, vive en la ciudad de Villa Gobernador Galvez. *“Me internaron en el hospital Roque Sáenz Peña, cuatro meses después de lo del bebé...habrá sido en el mes de Febrero del 99”*

Su ingreso a la institución lo relata de la siguiente manera: *“después que yo tuve el bebé tuve sólo quince días de hemorragia, pero me dijeron que era normal, dependía de cada persona, de cada organismo, y bueno, pasó. Después de ahí ya no me indispuse más, hasta que me agarró la hemorragia esa. Me puse una toallita normal, pero no paraba, me salían coágulos y no paraba, y ahí fue que nos tomamos un remis y fuimos al hospital. Y en el hospital me atendieron en la guardia de ginecología”. Dice que la hicieron pasar a la sala y se sacara la ropa; luego vino una partera a la que dice que conoce, aunque no recuerda el apellido. “Ahí me preguntó como me llamaba y me pusieron una chata porque tenía mucha pérdida”. Dice que la partera le decía “¿¿Qué hiciste, te pusiste algo, te inyectaste algo??”. Ella le decía que no: “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 L. le responde que no: “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 “re mal” y que le dolió “un montón” pero que a la partera no le importaba, “al contrario, me seguía diciendo cosas y le decía a una estudiante, me parece porque tenía otro guardapolvo y le mostraba”, “le decía: 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 ahí me dejó de revisar y me llevó a la sala de parto y ella me dijo que me quedara ahí y me dio un apósito. Ahí la llamó a mi mamá y le dijo que me iba a quedar internada en observaciones. Y después de ahí, ya me trató normal, no bien porque no te tratan bien nunca. (...) me mandaron después a hacerme análisis y después me derivaron a mi ginecólogo”.*

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 remal”* y le decían *“se abren de piernas... y después mirá”*. *“Eso me lo acuerdo porque no me lo pude olvidar más. Y la trataban remal. Me acuerdo que la dejaban que estaba re dolida y pedía por favor un calmante. Y pasaban por al lado y...le decían que: “no querida, ahora aguantatela, mamá . Mirá, ahora vienen acá y quieren que no les duela”. “Todas cosas así. Yo ví*

eso, pero sé que generalmente ellos son...así remal, con las chicas. De hecho cuando yo fui a tener el bebé y porque era primeriza era una nena: "Hay, si es la primera vez, es así".

"Y yo me estaba muriendo en la espera del parto, y como no dilataba, no me querían poner calmante, nada: "No te preocupes que ya vas a dilatar, mamita".

Yo fui siempre al hospital en Rosario, porque el Gálvez es un desastre. Me fui a poner la inyección, tomaba pastillas, pero un día quería ponerme el DIU, y me dijeron que no se podía porque tenía un solo hijo y tenía que tener por lo menos dos para que me lo pongan".

Señala, además que: "Gente que yo conozco por charlas que he tenido, que tienen un especial maltrato con las chicas de aborto".

TESTIMONIO N° 22

Hospital Centenario

Fecha: 14/03/98

C. relata: "Yo estaba que no daba más, era mi primer embarazo y no me daban bola. Los médicos no me atendían porque me decían constantemente que tenía ñañas de primeriza. Durante el trabajo de parto, me sentía pésima. Yo estaba redolorida, tenía ganas de vomitar, de hacer cualquier cosa, no me decían nada. Venían y me observaban, pero no me hacían ni decían una sola palabra. Me interné a las 2 de la mañana y a las 19hs de la tarde, una doctora que era la más grande de todos, me dice te falta poco, no se como sabía porque no me tocaban. Mi hijo peso 4,500Kg. , me tuvieron que coser mucho, una doctora me dijo que no me hicieron cesárea porque yo era muy joven. En la sala de parto, los médicos me decían, si te gustó lo dulce ahora aguanta, aguanta nena. A la madrina de mi hijo la mandaron a comprar un calmante que nunca me lo colocaron. Yo nunca más vuelvo a ese hospital".

TESTIMONIO N° 23

Hospital Centenario

Fecha: noviembre de 2002

A., de 23 años, informa sobre su experiencia cuando concurrió en noviembre de 2002, por un problema ginecológico al Hospital Centenario. "Me habían dado unos óvulos en el centro de salud, y me habían pedido una colposcopia .En el hospital me comentó la doctora que no me la podía hacer, no me explicó los motivos y que me iba a tomar un PAP, pero "no te hago historia clínica", uno después nunca encuentra los resultados de los estudios, se hace todo por la mitad. Me dijo que me iba a revisar, pero después no lo hizo. Yo quería salir corriendo, uno va porque no tiene otra cosa. A las 5 de la mañana estaba en la puerta del hospital, a las 5,30 hs. nos dejaron entrar, ellas llegaron a las 8hs., se cuentan como durmieron, a donde fueron, a las 10hs. todavía estábamos en la sala de espera. Cuando llegan esos señores con portafolios, (los visitantes médicos o agentes de propaganda), les dicen "pasa que no tengo a nadie", mientras nosotras esperamos en la sala de espera. No es necesario que hagan una fiesta porque uno va al hospital, pero sí que nos respeten".

TESTIMONIO N° 24

Hospital Centenario

Fecha aproximada: abril del 2000.

R., tiene 35 años, 3 hijos ella vive en Ibarlucea y comenta que estuvo internada en el Hospital Centenario en abril de 2000, cuando vivía en Rosario todavía. *"No me voy a olvidar de esa internación", porque me hicieron un legrado por un embarazo de 4 meses .Me metieron en una salita y dejaron la puerta abierta. Todo el que pasaba me veía, pedí si podían cerrar la puerta, un hombre que no se que hacía porque no tenía ropa del hospital, se paró y me dijo "bueno, bueno no es para tanto grito", yo me sentía que estaba en una vidriera. Como si fuera poco, vinieron unos alumnos, se ve que estaban rindiendo, eran tres estudiantes por cama le informo el profesor. Yo estaba desnuda, me destapaban y ellos hablaban en grupo"*.

TESTIMONIO N° 25

Hospital Provincial.

Fecha aproximada: septiembre de 1999.

J. de 49 años, relata la situación que vivió junta a su suegra de 75 años, en el Hospital Provincial en setiembre de 1999. *"Mi suegra tuvo a sus 6 hijos en su casa en el campo, por lo tanto nos costó mucho poder llevar al hospital porque tenía molestia en la vagina y le diagnosticaron un cáncer de vagina. Cuando la llevo a uno de los controles la atiende un médico y los 7 alumnos le realizaron tacto"*.

TESTIMONIO N° 26

Maternidad Martin

Fecha del hecho: julio de 2001

G. de 21 años, da testimonio de lo vivido en julio de 2001 en la Maternidad Martín. Controló su embarazo en el centro de salud Coulin, que se encuentra cercano a su domicilio. Se interna a las 6hs. de la mañana en la maternidad, a las 11,30hs le rompieron bolsa, tenía líquido con "caca meconial," a las 13, 30hs. le avisan a los familiares, que *"el líquido no era bueno "*, que la van a llevar para la sala de parto, tres veces le intentaron poner los forceps, la médica no podía colocarlo, cuando lo logró el resto del personal la aplaudió. Al recién nacido lo pasan a el servicio de Neonatología, pesaba 2,900kg., le dicen que *"está un poco sofocado"*. A la tardecita la jefa del servicio de Neonatología le informa que el bebé esta muy delicado, con respirador. *"Después del fallecimiento de mi hijo, me decían que podía ser una infección que yo tenía y que se la pasé en el momento del nacimiento. Pero yo me había realizado todos los controles. Mantuvimos con mis familiares una entrevista con el director de la maternidad, porque queríamos saber los motivos del fallecimiento de mi hijo, el doctor dijo " nunca van a llegar a la verdad"*.

TESTIMONIO N° 27

Hospital: Maternidad Martin

Fecha del hecho: enero de 2000

C., tiene 25 años y dos hijos, un nene de 5 años y una nena de 3 años, actualmente esta nuevamente embarazada. Desea informar de la situación vivida en enero de 2000 en la MM. *"Yo realizaba los controles del embarazo en el CEMAR porque me trataban la diabetes gestacional, estaba de 40 semanas, cuando concurrí al control. Me informan que como el bebé sigue creciendo me tienen que internar, eran las 10hs. pedí por favor que avisen a mis familiares, ya que mi esposo estaba trabajando .A las 19hs. llegó mi marido desesperado, porque nadie había avisado y no sabía que pasaba. En ese*

momento me llevaban a la sala de parto, me provocaron el parto. La doctora estaba muy nerviosa, me hacía mal, dice "yo con vos no puedo, voy a buscar a otro médico". Yo me quede entre dormida, porque estaba agotada después de tantas horas, vino una enfermera me higienizo y me pasaron a la sala. En la sala tuve una hemorragia y a las 36 hs. me mandaron a mi casa. Yo amamantaba pero me sentía muy desganada y me hinche, después de unos días tenía fiebre 38° y mucho frío. A todo esto que me pasaba se sumo un fuerte dolor de abdomen que no me permitía caminar, no tenía fuerzas. Me llevaron nuevamente a la maternidad, no me va a creer pero tenía resto de placenta. Me hicieron ecografías, tacto y un legrado, porque con el tacto no podían extraer todo. Estuve una semana internada, todos estaban alrededor. Un doctor, al que me animé a preguntarle porque no me decían que me había pasado me dijo "tenías de todo ", como un descuido puede costarle la vida a otra persona ”.

TESTIMONIO N° 28

Centro de Salud Santa Teresita

E., tiene 30 años, dos hijos y vive en el distrito sudoeste, ella hace referencia a un problema institucional, dice *"yo realmente me quiero cuidar"*, haciendo referencia al uso de métodos anticonceptivos, *"pero fui en reiteradas oportunidades al centro de salud de mi barrio, (Santa Teresita) y los turnos programados solamente son para las embarazadas, para ginecología hay que ir a las 3hs. de la mañana, porque dan pocos turnos y va la médica pocos días al dispensario. Tuve que juntar para dos boletos de ida y dos de vuelta para llegar hasta el hospital”.*

TESTIMONIO N° 29

Hospital: Roque Sáenz Peña.

Fecha: 12 de abril de 2003.

N., tiene 30 años, y comenta muy contenta que tiene 8 hijos, 5 mujeres y 3 varones, el mayor tiene 17 años y la menor 2 meses. Comenta que cuando comenzó con contracciones el 12 de abril de 2003, la acompañó su pareja al HRSP, *"en la guardia de la maternidad me recibió una enfermera, me rompieron bolsa, y un enfermero llamó a la médica de guardia que estaba durmiendo la siesta. En la salita de parto éramos tres mujeres que estábamos para ser atendidas. Vino y atendió a otra de las señoras, cuando el enfermero le comentó que la habían llamado por mí, me dijo "vos no te pongas a gritar", yo no había dicho ni una palabra. El enfermero que me estaba atendiendo le dijo "ella no aguanta más", la Dra. contestó, bueno yo no puedo con todas, tienen que esperar". Las médicas jóvenes, tendrían que estar acompañadas por alguien con mayor experiencia. Todo depende de su humor cuando vos llegás”.*

TESTIMONIO N° 30.

Hospital: Roque Saenz Peña

Fecha del hecho: no se suministró

C., tiene 22 años, concurre para hacerse los controles de su embarazo al Centro Sur, fue muchas veces, cada vez que la citaba el doctor. Cuando comenzó con contracciones fue al Centro Sur, y la derivaron al HRSP., el último control lo hizo el lunes de esa semana en el centro de salud, en la guardia del HRSP, le dijeron que hacía más de una

semana que estaba su bebé sin latidos. *"El bebé tenía la piel toda mal"*, solamente pudo verlo el padre. Cintia quedo muy mal después de vivir esta situación.

TESTIMONIO N° 31.

Centro de Salud Staffieri

Fecha: no se suministró.

Y., tiene 23 años, una hija de 2 años y actualmente esta preocupada porque se esta controlando su embarazo de 8 meses en el Centro Staffieri, (camina aproximadamente 30 cuadras), tiene mucha presión, la doctora le dijo que es muy importante que le hagan una ecografía, pero no le pueden conseguir el turno en el CEMAR. Esta semana ya fue dos veces hasta el centro y como no ...