



Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

Documento Técnico Médico-Jurídico
sobre Derechos Sexuales y Reproductivos
dirigido a Comisionados y Jueces del Sistema
Interamericano de Derechos Humanos

**Dr. Pio Ivan Gomez,
Dra. Renata Bregaglio**



Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología

Documento Técnico Médico-Jurídico
sobre Derechos Sexuales y Reproductivos
dirigido a Comisionados y Jueces del Sistema
Interamericano de Derechos Humanos

Dr. Pio Iván Gómez.
Dra. Renata Bregaglio

PROMSEX

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos



Documento Técnico Médico-Jurídico sobre Derechos Sexuales y Reproductivos
dirigido a Comisionados y Jueces del Sistema Interamericano de Derechos Humanos.

Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos - PROMSEX

Av. José Pardo 601, Oficina 604, Miraflores, Lima 18, Perú. Teléfono (511) 447-8668 / Fax: anexo 113
www.promsex.org

**Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología
Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos**

Calle Los Almendros 265-103. Residencial Monterrico, La Molina, Lima, Perú

Autoría:

Dr. Pio Iván Gómez

- Profesor Titular de la Universidad Nacional de Colombia.
- Coordinador de la Maestría en Salud Sexual y Reproductiva. Universidad El Bosque, Colombia.
- Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos para países Bolivarianos-FLASOG.

Dra. Renata Bregaglio

- Magíster en Derechos Fundamentales por la Universidad Carlos III de Madrid.
- Magíster en Derechos Humanos por la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Edición:

- Dr. Luis Távara Orozco. Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, FLASOG.
 - Lic. Rossina Guerrero. Directora del Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Promsex).
-

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional N° 2011-12335

ISBN: 978-612-4106-07-1

Diseño y diagramación: Carmen Palomeque

Impresión: Punto 4 Comunicacion SAC - Jr. Rufino Torrico 559 Of. 201 - Lima

Setiembre 2011

RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento médico-jurídico tiene como finalidad presentar la situación actual de los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres, en especial las adolescentes, en Latinoamérica y El Caribe, a la vez que construye argumentos para la defensa de la vida y la salud de las mujeres, con énfasis en su salud sexual y reproductiva, sobre la base de los seis aspectos sobre los cuales FLASOG mantiene su compromiso de trabajo:

- El derecho a una maternidad saludable y segura
- El derecho a regular la fertilidad a través del acceso a todos los métodos anticonceptivos, con énfasis en la anticoncepción de emergencia
- El derecho a interrumpir el embarazo, dentro del marco legal de cada país
- El derecho a una vida sexual libre de violencia, de contraer infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados
- El derecho a la información sobre salud sexual y reproductiva
- El derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva

Para la identificación de los aspectos médicos se realizó una revisión no sistemática en bases de datos: Bireme, Ebsco, Imbiomed, Lilacs, MedLine, Ovid y ProQuest. De igual forma, se buscaron artículos en: Google académico, páginas Web de Save the Children, Clacai, Women's Link Worldwide, OMS/OPS, Unicef, EngenderHealth, Ipas, FHI, Population Council, monografías online y demás documentos que pudieran aportar al tema de estudio, usando Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) en español, inglés y portugués. Para completar la búsqueda, se revisaron las referencias de cada uno de los artículos y, adicionalmente, se consultó con autoridades académicas de la región.

Para la construcción de argumentos jurídicos, se hizo una revisión de jurisprudencia del sistema interamericano, universal y europeo sobre los puntos relevantes, así como de los pronunciamientos no vinculantes de los órganos de promoción de derechos humanos, como son los relatores de Naciones Unidas o el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. El objetivo de este documento es postular el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos a partir de los instrumentos internacionales, pero también a partir de la jurisprudencia internacional de los órganos de protección de derechos humanos. En este sentido, el abordaje de cada derecho será en primer lugar situacional (dar cuenta del estado de la cuestión), para luego hacer la argumentación desde el punto de vista médico y, finalmente, jurídico.



INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva es un derecho de cada persona, consistente en llevar una vida sexual libre, responsable, satisfactoria y sin riesgos de adquirir infecciones de transmisión sexual; la libertad de decidir con quién y en qué momento formar una pareja, la libertad y capacidad de reproducirse con seguridad y tener hijos(as) saludables y en el número deseado. Para mantener esta salud, se requieren medidas de protección y promoción de los derechos sexuales y reproductivos de los individuos y parejas, el acceso fácil a los servicios de salud y a información completa y al trato con dignidad y privacidad.

La salud sexual y reproductiva es crucial para el desarrollo de los países. En la Cumbre Mundial 2005, líderes de todo el mundo acordaron incluir el acceso a la salud reproductiva en sus estrategias nacionales para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La deficiente salud sexual y reproductiva sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad de las mujeres en edad fértil en el ámbito mundial, especialmente de aquellas que viven en países emergentes, como los de la región Latinoamericana y El Caribe. Las mujeres sufren las consecuencias de embarazos no deseados, mortalidad materna, infecciones de transmisión sexual, violencia de género y otros problemas relacionados con su salud sexual y reproductiva. Estos problemas se profundizan por la falta de información y de atención adecuada, especialmente para la población de adolescentes y otras poblaciones vulnerables, como las indígenas.

Desde el año 2002, el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) se ha comprometido principalmente con la defensa de los derechos de las mujeres. Es en ese marco que, luego de firmar un convenio entre el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA/LACRO) y el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de FLASOG para contribuir a fortalecer la salud sexual y reproductiva de las mujeres latinoamericanas, durante el año 2010 se han realizado un conjunto de acciones regionales que han venido fortaleciéndose durante el presente año, tanto en el campo de la Ginecología y Obstetricia como en el campo de los Derechos.

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (LAC)

Uno de los principales logros de la humanidad ha sido el reconocimiento de la igualdad de los derechos desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos hace ya 63¹ años. Dicho principio sirvió de base para que en 1982 la Asamblea General de la ONU aprobara la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, en la cual reconociera el derecho de la mujer a gozar de las mismas condiciones que los hombres en el disfrute de sus derechos, pero no fue sino hasta la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo en 1994, que el Derecho a la plena Salud Sexual y Reproductiva (SS y R) se reconoció como parte del contenido de ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales e instrumentos internacionales. Así, los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSyR) implican el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos(as), el espaciamiento de los nacimientos y el momento de tenerlos(as), y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho de todas las personas a adoptar decisiones en relación con la reproducción sin sufrir discriminación, coacción ni violencia.

Hablar de los DS y R en la región LAC genera dificultades, pues las realidades son diferentes y muchas veces las cifras pueden ocultar indicadores más pobres en otros países.

El derecho a una maternidad saludable y segura

Algunas implicancias de la privación de una adecuada salud materna

En el mundo, a diario mueren 980 mujeres por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. Ello implica que un mínimo de 358,000 mujeres mueren anualmente², más de 50 millones sufren de complicaciones³ y millones quedan vivas, pero con algún tipo de incapacidad⁴. La muerte materna no es solo una estadística que se muestra o se oculta, es un drama social con grandes implicaciones para la familia que la sufre⁵.

Se considera mortalidad materna (MM) a la muerte de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días después del parto, producida por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio, o su manejo; pero no por causas accidentales. Por lo general, se hace una distinción entre «muerte materna directa», que es el resultado de una complicación del propio embarazo, parto o su



tratamiento; y «muerte materna indirecta», que es una muerte asociada al embarazo en una mujer con problemas de salud pre-existentes o de reciente aparición. Otras muertes, ocurridas durante el embarazo y no relacionadas al mismo, se denominan no-obstétricas, accidentales o incidentales.

En Latinoamérica y El Caribe hay alrededor de 9.200 muertes maternas anuales (2). El riesgo de morir de cualquier mujer como consecuencia de una gestación depende de varios factores, como son: pobreza, estado de salud, estado nutricional, número de hijos(as), espaciamiento inter genésico, redes sociales de apoyo, vivir en zonas rurales, inequidades de género, falta de acceso a servicios calificados, embarazos no deseados, entre otros determinantes⁶.

La MM es un indicador del grado de desarrollo de un país. Por ello, en la Cumbre Mundial sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, realizada en Nueva York del 20 al 22 de septiembre de 2010, se ratificó el compromiso de disminuir en tres cuartas partes el número de muertes maternas⁷. Para la región, es una prioridad cumplir con esta meta, razón por la cual los países se han comprometido a ello en sus políticas públicas.

Los indicadores que se han utilizado para medir la mortalidad materna (MM) son la Tasa de MM y la Razón de MM⁸.

- Tasa de Mortalidad Materna: Mide la probabilidad de que una mujer muera por complicaciones gestacionales, del parto o puerperio en un periodo dado, en relación con el número de nacidos vivos, muertes fetales y abortos en el mismo periodo.

$$\text{TMM} = \frac{\# \text{ muertes maternas durante un periodo especificado}}{\# \text{ Nacidos vivos} + \text{ muertes fetales} + \text{ abortos en el mismo periodo}} \times 100000$$

- Razón de Mortalidad Materna: Igual a la anterior, pero en el denominador solo está el número de nacidos vivos. Se usa con más frecuencia, pues generalmente solo se tiene el dato de nacidos vivos.

En América Latina y El Caribe ha descendido la mortalidad general, pero la mortalidad materna no se ha reducido significativamente. La OMS calcula que⁹:

- 3'240.000 gestantes de la región no tienen atención en el embarazo.
- 3'440.000 no reciben atención del parto en una institución de salud.
- 2'980.000 no tienen acceso a atención del parto por personal calificado.
- 9.200 gestantes mueren anualmente en la región.

La razón de la mortalidad materna para la región de América Latina y El Caribe es de 85 por 100.000 nacidos vivos (2). Hay 8 países de la región con razón de mortalidad materna mayor de 100 por 100.000 nacidos vivos.

El análisis efectuado por la OPS/OMS relacionado con las causas obstétricas directas mostró que el aborto y sus complicaciones fue la causa principal de muerte materna en Argentina, Cuba, Chile, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú, Trinidad y Tobago. La hemorragia fue la primera causa de muerte entre las mujeres gestantes en Bolivia, Canadá, Costa Rica, el Salvador, Honduras, México y Nicaragua. La hipertensión asociada a la gestación fue la primera causa de MM en Brasil, Colombia, Ecuador, Haití, República Dominicana y Venezuela (9).

Cada año en la región hay 5.000 muertes maternas¹⁰ por complicaciones secundarias debidas al aborto, pero el número real de abortos es desconocido por las características de clandestinidad, ilegalidad y penalización que lo rodea en la mayor parte de países.

Se ha descrito una importante asociación entre MM y la atención institucional del parto. En algunos países de la región, como Guatemala y Honduras, más del 50% de los partos son atendidos en casa por personal no calificado y 1/3 de las gestantes mueren en casa sin recibir atención alguna en una institución de salud.

La solución no debe provenir solamente de los servicios de salud, sino de un esfuerzo conjunto de las mujeres, las familias, las comunidades, la sociedad civil y los gobiernos, que deben construir un medio ambiente protector que contribuya con la Maternidad Saludable. Para ello, se lanzó el 27 de septiembre de 2010 la Iniciativa Maternidad Segura (IMS), a través de la cual se hace un llamamiento a los países de la Región de las Américas para que redoblen los esfuerzos en el logro del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5: Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna, y lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. La IMS tiene la visión para todas las mujeres y sus hijos(as) de la región: disfrutar del más alto nivel posible de salud y bienestar.

Maternidad Segura no se refiere al funcionamiento o infraestructura de establecimientos de salud, sino a la promoción y protección del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de mujeres, madres y recién nacidos(as). La Maternidad Segura intenta reflejar la diversidad de experiencias de mujeres madres, de acuerdo con la desigualdad en la distribución del ingreso, las inequidades relacionadas con el lugar de residencia, origen étnico y género. Para asegurar una maternidad segura, se requiere de un compromiso de toda la sociedad con la salud de las mujeres, madres y recién nacidos(as) y asegurar el acceso universal a servicios de calidad¹¹.



Los Objetivos de la IMS son:

- Desarrollar un movimiento de abogacía, movilización social e intercambio de información y conocimientos para incorporar el tema de salud materna y salud neonatal en la agenda política y pública de los países de la región.
- Documentar y diseminar estudios de Buenas Prácticas que contribuyan a la reducción de la mortalidad materna en los países de las Américas.
- Realizar Simposios Técnicos de discusión del logro de los Objetivos del Milenio 4 y 5, lecciones aprendidas y evidencia científica.

Morbilidad materna extremadamente grave

En el mundo, anualmente por lo menos 300 millones de mujeres sufren de enfermedades de corto y largo plazo relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Se estima que la prevalencia de pacientes obstétricas con morbilidad materna extrema varía entre 0.04% y 10.61 %¹². No obstante, la prevalencia real de pacientes es difícil de determinar, pues esta varía dependiendo de los criterios usados para la definición de casos y de las características de las poblaciones estudiadas¹³.

Existe un interés creciente en el análisis de la morbilidad materna extrema como un indicador de calidad del cuidado materno, en la medida en que las muertes maternas se han convertido en un evento poco frecuente en algunas regiones del mundo. La vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema es una de las estrategias propuestas dentro de las acciones regionales de OPS / OMS para lograr reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes en el año 2015.

En Benín, la morbilidad materna extrema es definida como “una complicación obstétrica severa, que amenaza la vida de la gestante, siendo necesaria una intervención médica urgente con el fin de prevenir la posible muerte de la madre.”¹⁴ En el Oeste de África, la definición usada tiene relación con “aquella embarazada en quien su sobrevivida es amenazada y que sobrevive por azar o por el cuidado que ella recibe”¹⁵.

Durante la reunión de FLASOG en Santa Cruz de la Sierra, realizada el 6 de abril de 2007, un grupo de profesores latinoamericanos concertó que el uso del término “morbilidad materna extremadamente grave” es el que mejor define a aquellas gestantes sobrevivientes a una complicación que amenazaba su vida.

Para evaluar la calidad de cuidado que reciben las gestantes con morbilidad materna extrema, se han propuesto dos indicadores, el primero denominado “índice de

mortalidad” –IM– el cual se define como la relación entre las muertes maternas provenientes de casos con morbilidad materna extrema y la suma de muertes maternas y casos de morbilidad materna extrema; el segundo indicador calcula la relación de casos de morbilidad materna extrema con referencia a los casos de mortalidad materna¹⁶.

La maternidad segura y saludable desde una perspectiva de derechos

Tal como ha señalado la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH),¹⁷ el derecho a la salud materna se traduce como una interpretación conjunta del derecho a la integridad personal, previsto en el artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH) y 7 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y el derecho a la salud, recogido por el artículo 10 del Protocolo de San Salvador y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Es más, la propia Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (DADDHH) establece en su artículo XI que toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales; mientras que el artículo 10 del PIDESC dispone, como parte de la protección del derecho a familia, el deber de los Estados de conceder especial protección a las madres durante un período razonable antes y después del parto. Ello, además de tener implicancias en ámbitos laborales (licencia de maternidad), implica el gozar de prestaciones adecuadas en seguridad social, traducidas luego en la adecuada prestación de un servicio de salud materna.

De esta manera, las mujeres gozan del derecho a una salud física, psíquica y social que no afecte su integridad personal. Ello implica, entre otras cosas, la obligación de los Estados de garantizar que las mujeres tengan acceso en igualdad de condiciones a los servicios de salud que requieren según sus necesidades particulares relacionadas con el embarazo y el periodo posterior al parto y a otros servicios e información relacionados con la maternidad y en materia reproductiva a lo largo de sus vidas¹⁸.

Pero la mala calidad en la prestación de servicios de salud materna, no solo impacta negativamente en el derecho a la integridad y salud de las mujeres, sino que genera vulneraciones en el propio derecho a la igualdad y no discriminación. Así lo ha confirmado la OMS al constatar que la mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad entre los hombres y las mujeres, poniendo en evidencia las limitaciones de género existentes en el acceso a servicios de salud. Al respecto, es importante tomar en consideración que de acuerdo con los artículos 3 del Protocolo de San Salvador y 2.2 del PIDESC, los Estados se comprometen a garantizar el disfrute de los derechos allí contemplados, entre ellos el derecho a la salud, sin discriminación de ninguna índole.

Estas barreras se ven incrementadas en el caso de mujeres sometidas a condiciones de vulnerabilidad, ya sea por situación de pobreza o por su pertenencia a determinados grupos sociales, como es el caso de las mujeres indígenas o afro-descendientes, y las adolescentes cuyos embarazos no han sido planificados y no pueden acceder libremente a sistemas de salud materna.

Asimismo, la falta de una adecuada atención en servicios de salud materna podrá generar impactos en el disfrute del derecho a la vida. Ello ha sido reconocido por la Corte IDH en el caso Albán Cornejo, al establecer que los derechos a la vida y a la integridad personal se hallan directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud humana¹⁹.

De acuerdo con lo dispuesto por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas (CDESC), el derecho a la salud, para que se encuentre plenamente garantizado, debe respetar cuatro elementos básicos: i) disponibilidad, ii) accesibilidad, iii) aceptabilidad y iv) calidad. En el caso del derecho a salud materna, estos elementos adoptan el siguiente contenido:

a. Disponibilidad

Implica la existencia suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos en salud materna, así como de equipos médicos necesarios para el funcionamiento de estos centros. En particular, se requerirá entonces contar con suficientes equipos para la atención de emergencias requeridas durante el embarazo, parto o puerperio.

La naturaleza de los centros será variable, dependiendo de las condiciones de cada país. No obstante, al ser la salud un servicio público, es necesario tener en cuenta la especial responsabilidad de los Estados en la supervisión de los servicios de salud prestados por entidades privadas. Esto ha sido claramente señalado por la Corte IDH en sus sentencias para los casos Ximenes López vs. Brasil y Albán Cornejo y otros vs. Ecuador. En particular, el Tribunal ha señalado que:

La responsabilidad estatal (...) puede provenir de actos realizados por particulares, como ocurre cuando el Estado omite prevenir o impedir conductas de terceros que vulneren los referidos bienes jurídicos²⁰. En este orden de consideraciones, cuando se trata de competencias esenciales relacionadas con la supervisión y fiscalización de la prestación de servicios de interés público, como la salud, sea por entidades públicas o privadas (como es el caso de un hospital privado), la responsabilidad resulta por la omisión en el cumplimiento del deber de supervisar la prestación del servicio para proteger el bien respectivo.

La Corte ha manifestado que los Estados son responsables de regular y fiscalizar la prestación de los servicios de salud²¹ para lograr una efectiva protección de los derechos a la vida y la integridad personal. Para todo ello, se requiere de la formación de un orden normativo que respete y garantice efectivamente el ejercicio de sus derechos, y la supervisión eficaz y constante sobre la prestación de los servicios de los que dependen la vida y la integridad de las personas²².

Asimismo, no basta con la sola existencia de los centros de salud, sino es necesario que estos cuenten con todos los determinantes básicos necesarios, como es el agua limpia y potable, y condiciones sanitarias adecuadas. De igual manera, será fundamental contar con personal médico y profesional capacitado y bien remunerado. En este punto (como veremos en el acápite referido a aceptabilidad), es necesario también introducir una perspectiva intercultural que permita que el personal de salud esté familiarizado con las prácticas tradicionales de salud materna de la zona en la que radica. Finalmente, resulta necesario también que los centros de salud cuenten con los medicamentos adecuados.

b. Accesibilidad

De acuerdo con el CDESC, la accesibilidad se traduce en accesibilidad física, económica, acceso al servicio en condiciones de igualdad y sin discriminación y acceso a un tratamiento luego de haber emitido un consentimiento informado.

En relación con el componente de accesibilidad física, es necesario que los establecimientos, bienes y servicios de salud estén al alcance geográfico de todos los sectores de la población. En este sentido, situaciones en las que una mujer debe caminar varias horas para acceder a un control prenatal generan una grave afectación a su derecho a la salud materna. Ello, como puede adivinarse, resulta más frecuente en el caso de grupos en situación de vulnerabilidad, como son las mujeres que residen en zonas rurales o que pertenecen a poblaciones indígenas; pero también afecta seriamente a mujeres con discapacidad, que sufren una doble vulneración, al tener problemas en el desplazamiento al centro de salud y en el mismo centro.

Acercas de la accesibilidad física, se podría mencionar la necesidad que la atención de los servicios de salud materna se brinde en horarios adecuados y que se traduzca en jornadas de atención (cubiertas por la cantidad de profesionales de salud que sean necesarios) que otorguen una real cobertura a la demanda de mujeres embarazadas en la zona o región. Así, por ejemplo, es necesario tomar en consideración que muchas mujeres que trabajan podrían no poder acudir en horarios "ordinarios" a los centros de salud, por lo que sería viable considerar horarios fuera de la jornada laboral ordinaria.

En relación con accesibilidad económica o asequibilidad, resulta necesario que los establecimientos, bienes y servicios de salud estén al alcance de todos. En este sentido, no se busca una atención gratuita en todos los casos, pero sí un costo de atención basado en el principio de la equidad²³, a fin de asegurar que esos servicios, sean públicos o privados, estén al alcance de todas las mujeres. En este punto, resulta de fundamental importancia recordar lo señalado por el CDESC en materia de sistemas de seguridad social, en torno a la necesidad de contar siempre con sistemas de seguridad



social no contributivo que permitan el acceso a prestaciones de salud de personas que no puedan realizar el aporte correspondiente²⁴. En el mismo sentido, la CEDAW dispone en su artículo 12(2) que los Estados deben asegurar a las mujeres en condiciones de igualdad, los servicios de salud en condiciones adecuadas y seguras, y que sean gratuitos cuando fuese necesario. Asimismo, el Comité CEDAW, ha señalado en su Recomendación General 24 que:

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 disponibles²⁵.

En relación con el acceso a la información, el CDESC ha establecido que, en materia de salud, ésta implica el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Si bien este punto será abordado con mayor detalle en el acápite referido al acceso a la información en los sistemas de salud sexual y reproductiva, resulta importante dejar sentado que, en materia de derecho a la salud, el acceso a la información deja de ser considerado un derecho autónomo para formar parte del contenido propio de este derecho.

Finalmente, el CDESC ha establecido que el acceso a los servicios de salud debe brindarse sin discriminación de ninguna índole. Ello cobra especial relevancia en el campo de la salud materna ya que, como hemos señalado, las limitaciones de cobertura dan cuenta de una inequidad entre la calidad de la prestación del derecho a la salud en el caso de los hombres, en contraposición con las mujeres, constituyéndose una discriminación indirecta por sexo. Para precisar esta brecha, basta citar las cifras de la OPS que dan cuenta de que mientras las enfermedades relacionadas con la salud sexual y reproductiva en América Latina y El Caribe representan el 20% de la carga total de enfermedad en las mujeres, en el caso de los hombres representan solo el 14%²⁶.

Adicionalmente, otros condicionantes como la pobreza o la pertenencia a un grupo social en situación de vulnerabilidad (discapacidad, jóvenes, poblaciones indígenas o afro-descendientes, mujeres lesbianas que desean tener hijos/as, entre otras) pueden generar limitaciones en el acceso a estos servicios.

Dentro de este punto, merece especial consideración el trato que debe brindarse a las adolescentes embarazadas, ya que muchos de los embarazos no son deseados

(productos de una relación sexual casual o de una situación de abuso). Esta situación, además de estar impactando negativamente en la salud psíquica de la menor y en su derecho a la educación (por una posible deserción escolar²⁷), la coloca en una situación de miedo y desinformación, que debe ser adecuadamente atendida por el personal médico, quien además debe guardar un estricto deber de confidencialidad. Asimismo, las estadísticas muestran que las adolescentes embarazadas enfrentan entre dos a cinco veces mayores riesgos de muerte materna en comparación con las mujeres mayores de 20 años. Asimismo, es más probable que sus hijos mueran durante la etapa de la infancia²⁸.

En este sentido, el Comité de Derechos Humanos ha establecido el deber de los Estados de brindarles el acceso a información sobre el daño que pueden causar los embarazos precoces. Igualmente, el Comité de Derechos del Niño ha establecido que a las niñas y adolescentes embarazadas se les debería proporcionar servicios de salud adecuados a sus derechos y necesidades particulares²⁹ y ha instado a los Estados Partes a adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas, y prestar apoyo a los padres de las adolescentes (31).

c. Aceptabilidad

De acuerdo con este criterio, todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica, conforme ha sido considerado por FLASOG y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades. En relación con este punto nos hemos referido ya a la necesidad de que el personal médico esté sensibilizado con las diferentes prácticas en materia de salud materna (por ejemplo, la práctica de parto vertical realizada en algunas regiones andinas de países como Perú y Ecuador). En el mismo sentido, en zonas de habla de lenguas distintas al castellano, resulta necesario que el personal médico, pero también administrativo, conozca dichas lenguas para poder comunicarse adecuadamente con las usuarias.

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.

Asimismo, un elemento que resulta fundamental en el diseño de un sistema de atención en salud materna será la nutrición de la mujer durante el embarazo y la



lactancia. De acuerdo con UNICEF, aproximadamente la mitad de las mujeres embarazadas en el mundo padece de alguna forma de anemia. Esta situación se agrava en el caso del embarazo adolescente, ya que a esta edad las mujeres son más propensas a la anemia que las mujeres de mayor edad, y porque tienen menos posibilidades de recibir atención para este trastorno³⁰.

El derecho a regular la fertilidad a través del acceso a todos los métodos anticonceptivos, con énfasis en la anticoncepción de emergencia

El acceso a métodos anticonceptivos en Latinoamérica

El acceso a métodos anticonceptivos modernos permite a las mujeres planear sus embarazos y así poder estar en las mejores condiciones (físicas, psicológicas, sociales) para una gestación, parto y puerperio. De otro lado, el planeamiento de sus embarazos les permite desarrollar un proyecto de vida a través de la educación y mejores condiciones laborales.

En América Latina y El Caribe existe una proporción importante de jóvenes que inician precozmente su vida sexual en condiciones no planeadas y no adecuadas, lo que deriva en una alta proporción de embarazos no deseados, así como en un mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual que incluyen el virus de la inmunodeficiencia adquirida y el SIDA (ITS/VIH/SIDA)³¹. Se debe tener en cuenta que los embarazos no planeados en la adolescencia ocurren por:

- Falta de información y falta de acceso a los métodos anticonceptivos
- Relaciones sexuales sin protección
- Falla anticonceptiva
- Uso incorrecto de métodos anticonceptivos, a veces debido a efectos del alcohol o drogas
- Violación

El embarazo temprano ocurre en todos los estratos sociales, pero predomina en los sectores de menor nivel socioeconómico y en los países en desarrollo. Un informe de la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) reporta que en un conjunto de países latinoamericanos analizados, la tasa específica de fecundidad adolescente del quintil más pobre cuadruplica la del quintil más rico³². El embarazo en la adolescencia tiene una asociación directa con la pobreza y el bajo nivel educativo³³.

En la población adolescente, la proporción de embarazos no planeados es alta y prevenirlos requiere, en el marco de una política estatal de atención primaria, varias estrategias como:

- 1.- Educación sexual integrada al sistema educacional y en la comunidad donde la cobertura de escolaridad sea baja.
- 2.- Servicios integrales de salud sexual y reproductiva exclusivos para adolescentes, atendidos por personal capacitado que brinde servicios amigables. Debe ofrecerse acceso sin barreras a métodos anticonceptivos modernos, incluyendo la anticoncepción de emergencia.
- 3.- Difusión a través de medios masivos de programas de educación sexual y de los servicios amigables para adolescentes.
- 4.- Fortalecimiento de la capacitación del personal de salud en la atención de adolescentes en salud sexual y reproductiva integral.

Es preocupante que, siendo la anticoncepción de emergencia (AE) una herramienta importante para evitar gestaciones no planeadas en la población general y en particular en la población adolescente, existan tantas barreras para su acceso en la Región. Las barreras van desde las leyes prohibitivas en algunos países hasta el desconocimiento de las opciones de AE entre profesionales de la salud, pasando por el costo. Hay países de la región, como Costa Rica, en que no existe normatividad sobre AE, no existen preparados de Levonorgestrel para AE y no se entrega régimen de Yuzpe. En Brasil, existen servicios de salud en donde no se entrega la AE, a pesar de las disposiciones de las normativas vigentes, o donde solo se entrega para casos de violación. En Honduras, luego de la publicación del Acuerdo Ministerial 2744, no se distribuye ni se comercializa la AE. En Perú, después de la Sentencia N° 02005-2009-PA/TC del Tribunal Constitucional, no se está distribuyendo gratuitamente AE en el sector público³⁴.

En un estudio Latinoamericano realizado con profesionales de salud se encontró que solo el 30% conocía la opción del Dispositivo Intrauterino (DIU) como opción de anticoncepción de emergencia y que el 40% no recomendaba la opción de anticoncepción de emergencia con Levonorgestrel³⁵. En un estudio, cuyo objeto fue determinar conocimientos, actitudes y prácticas sobre Anticoncepción de emergencia hormonal en estudiantes de carreras de salud, se encontró que aunque el 90% conoce la AE hormonal, solo la tercera parte identificaba el verdadero mecanismo de acción. El 25% manifestó no saber su efectividad y solo el 2% conocía el tiempo límite de uso³⁶. Hoy se sabe que el mecanismo de acción de la AE no es ser abortivo ni impide la



implantación del huevo fecundado, sino que altera la ovulación, esto quiere decir que su efecto se produce antes de la fecundación. El desconocimiento de su verdadero mecanismo de acción limita el acceso a la AE y fomenta la emisión de sentencias cuestionables.

Aún existen grandes brechas entre conocimientos, actitudes y prácticas en los futuros profesionales de la salud e incluso en los proveedores de servicios de salud en Latinoamérica, por lo que es necesario continuar desmitificando el uso, mecanismo de acción y alcances de la anticoncepción de emergencia.

El acceso a métodos anticonceptivos desde una perspectiva de derechos

El acceso a métodos anticonceptivos puede justificarse desde una perspectiva de derechos, sobre la base del derecho a fundar una familia. De acuerdo con el artículo 17.2 de la CADH, se reconoce el derecho del hombre y la mujer a contraer matrimonio y a fundar una familia si tienen la edad y las condiciones requeridas para ello por las leyes internas. En el mismo sentido, se puede mencionar el artículo 23.2 del PIDCP. De manera específica, además, el artículo 16.e de la CEDAW establece el derecho de autonomía reproductiva, al consignar que las mujeres gozarán de los mismos derechos (que el hombre) a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos(as) y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

Pero el acceso a servicios de planificación familiar también impacta en el disfrute del derecho a la salud. De acuerdo con un informe del Banco Mundial, la planificación familiar favorece la reducción de mortalidad materna entre un 25 y 40%³⁷, a la vez que reduce sustancialmente las tasas de embarazo adolescente. En razón de ello, el Comité CEDAW ha venido alentando a los Estados a que adopten medidas para promover un mayor acceso a métodos anticonceptivos y servicios de planificación familiar. Así, ha señalado en su Recomendación General 19 que los Estados deben asegurar que se tomen medidas “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”³⁸. De igual manera, en la Recomendación General 24 dispuso que 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, constituye un indicio de violación del deber de los Estados de garantizar el acceso a la atención médica de la mujer, por lo que los Estados 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. En este contexto, señala el Comité, debe prestarse especial atención a la educación sanitaria de los adolescentes, incluso proporcionarles información y asesoramiento sobre todos los métodos de planificación de la familia³⁹. Y en el mismo sentido, el CDESC ha establecido que se viola la obligación de cumplir con el derecho a la salud si no se adopta un enfoque de la salud basado en la perspectiva de género y si no se reducen las tasas de mortalidad materna⁴⁰.

Asimismo, resulta fundamental en materia de acceso a métodos anticonceptivos la relevancia del cumplimiento del derecho de acceso a la información, ya que para optar por uno u otro método, es necesario que la mujer conozca las ventajas, desventajas y contraindicaciones, a efectos de escoger aquel que mejor se adapte a sus necesidades. En este sentido, forma parte de las obligaciones en materia de salud reproductiva de los Estados el proveer información adecuada y accesible respecto a métodos anticonceptivos.

Dentro de los métodos anticonceptivos, la Anticoncepción Oral de Emergencia (AE) se presenta como una alternativa viable y eficaz en la prevención de embarazos no deseados. De acuerdo con la OMS, la AE se refiere a los métodos que las mujeres pueden usar como respaldo en caso de emergencia, dentro de los primeros días posteriores a una relación sexual sin protección, con el objetivo de prevenir un embarazo no deseado⁴¹.

La importancia de la AE ha sido reconocida por el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), que la ha considerado un instrumento de fundamental importancia pues contribuye positivamente al cumplimiento del Programa de Acción de El Cairo, previniendo los embarazos no deseados en los casos de relaciones sexuales que ocurren sin la protección anticonceptiva, o cuando ocurra un fallo en el método adoptado y en los casos de violaciones sexuales.

Adicionalmente, el Programa de Acción de El Cairo insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación familiar⁴². En este sentido, la AE no solo se presenta como una modalidad para la prevención del embarazo y, como tal, como parte de la esfera de protección del derecho a la autonomía reproductiva; sino también como una herramienta fundamental para la protección de la salud materna, en tanto método eficaz para reducir el número de abortos y las posibles complicaciones que los abortos inducidos pueden generar.



Además, debe tenerse en cuenta que, en líneas generales, en los Estados no se encuentra prohibida la comercialización de la AE, sino solamente su distribución gratuita y masiva. Ello impacta seriamente en el derecho a la igualdad y mandato de no discriminación, que debe estar presente en el cumplimiento del derecho a la salud. Así, resultará discriminatorio que la AE pueda adquirirse en farmacias, pero que se pretenda prohibir la distribución gratuita a través de los servicios de planificación familiar. Ello, además, debe ser considerado como una medida regresiva en salud para las mujeres de escasos recursos. En este sentido, "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 especial las personas vulnerables o marginadas" violan la obligación de cumplir con el derecho a la salud⁴³.

El derecho a interrumpir el embarazo, dentro del marco legal de cada país

La situación del aborto en Latinoamérica

En la mayoría de los países de la Región, el aborto legal está restringido, lo que lleva a la clandestinidad en la que se realiza, con frecuencia en condiciones inadecuadas o por personal no entrenado y por eso se denominan abortos inseguros. Según la Organización Mundial de la Salud, en la Región se practican anualmente 4,2 millones de abortos clandestinos; por aborto inseguro anualmente mueren cerca de 5 000 mujeres y cada año alrededor de 800 000 mujeres son hospitalizadas por complicaciones (hemorragia, infección, perforación uterina, etc.). En el encuentro regional realizado en Cuernavaca, México, en noviembre de 2001 sobre "El embarazo no deseado y el aborto inducido: desafíos de salud pública en América Latina y el Caribe", el Dr. Axel Mundigo, ex - funcionario de la OMS, señaló que, en México, el 63% de las hospitalizaciones de mujeres del sistema de seguridad social mexicano se debe a complicaciones de un aborto provocado y afirmó que en las últimas tres décadas las leyes que prohíben el aborto no han logrado disminuir la frecuencia de abortos inducidos; contrariamente, solo han contribuido a exponer a las mujeres y a sus familias a las consecuencias del aborto en condiciones de clandestinidad, con todos los riesgos que esto representa⁴⁴.

Un grupo de especial importancia es el de las adolescentes, en el que se ha encontrado que hasta el 90% de los embarazos en menores de 14 años son producto de violación. En un estudio peruano se encontró que el 90% de las madres de 12 a 16 años de edad habían quedado embarazadas a consecuencia de violación⁴⁵. Algunos autores han reportado que el 5 % de las violaciones terminan en gestación y, en donde está

legalizado el aborto, la mitad de estas mujeres abortarán, el 38 % seguirá con su embarazo (de éstas el 6 % decidirá por la adopción) y el 12 % abortará espontáneamente⁴⁶.

La falta de reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes crea barreras entre el personal de salud y de justicia para denunciar estos actos de violencia⁴⁷.

La situación legal de la interrupción del embarazo en la región es:

Sin restricción:

- Cuba
- México, DF (no así el resto del país)

Se permite en peligro de la vida y/o salud de la mujer y otros:

- Argentina
- Bolivia
- Brasil
- Colombia
- Ecuador
- Panamá
- Perú
- Uruguay

Salvar la vida de la mujer:

- Costa Rica
- Guatemala
- Venezuela

Bajo ninguna condición:

- El Salvador
- Honduras (solo en estado de necesidad)
- Nicaragua
- Chile
- República Dominicana

Miremos ahora algunos ejemplos de países:

Argentina:

El Código Penal Argentino contempla en su art. 86 cuatro situaciones de aborto no punible que incluyen riesgo para la salud y para la vida de la madre, violación y



atentado al pudor sobre mujer con discapacidad mental. Sin embargo, el acceso al aborto no punible es muy restringido debido a que se suele interpretar restrictivamente el código penal a la vez que existen innumerables obstáculos institucionales, personales y políticos para el cumplimiento de los abortos no punibles. Las causales de aborto legal definidas en el art. 86 del Código Penal aplican a la población de todas las edades. Sin embargo, como ya se señaló, el acceso al aborto no punible es dificultoso. Cabe señalar que existe jurisprudencia que enfatiza en la improcedencia de la solicitud de autorización judicial por parte de las instituciones de salud para proceder en estos casos. Asimismo, en los últimos años fueron varios los fallos judiciales que sustentaron el derecho a la interrupción del embarazo de adolescentes violadas.

Chile:

Chile es uno de los pocos países del mundo en que el aborto está penalizado en forma total y absoluta. No está aceptado el aborto, incluyendo las causas de indicación médica reconocidas internacionalmente. Esto se encuentra en el artículo 119 del Código de Derecho Sanitario que fue reformado en septiembre de 1989 por la Junta Militar, antes de abandonar el gobierno.

Colombia:

Desde mayo de 2006, cuando el embarazo es resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentida, o de incesto, las mujeres pueden solicitar la interrupción voluntaria del embarazo y basta con que se exhiba al profesional de medicina una copia de la denuncia, por cuanto debe partirse de la buena fe y responsabilidad de la mujer que denunció tal hecho. Además, los servicios de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en casos de graves malformaciones congénitas del feto y en casos de enfermedades que afecten la salud de la mujer, están disponibles en el territorio nacional para todas las mujeres, independientemente de su afiliación al sistema general de seguridad social en salud y en todos los niveles de atención⁴⁸.

Honduras:

El aborto no es permitido por la ley en ningún caso. Sin embargo, el Código de Ética Médica de este país permite practicar el aborto para salvar la vida de la madre, pero se requiere la consulta de un médico o grupo de médicos para obtener un aborto legal, así como el consentimiento de la mujer, de su esposo o pariente más cercano. Según el

Código Penal hondureño, quien intencionalmente cause un aborto será castigado: 1) Con tres (3) a seis (6) años de reclusión si la mujer lo hubiese consentido; 2) Con seis (6) a ocho (8) años de reclusión si el agente obra sin el consentimiento de la madre y sin emplear violencia o intimidación y 3) Con ocho (8) a diez (10) años de reclusión si el agente emplea violencia, intimidación o engaño. Se impondrán las penas señaladas en el artículo anterior y la multa de quince mil (L. 15,000.00) a treinta mil Lempiras (L. 30,000.00) al médico que, abusando de su profesión, causa o coopera en el aborto. Las mismas sanciones se aplicarán a los practicantes de medicina, paramédicos, enfermeros, parteros o comadronas que cometan o participen en la comisión del aborto. La mujer que produzca su aborto o consienta que otra persona se lo cause será sancionada con reclusión de tres (3) a seis (6) años. Quien por actos de violencia ocasiona el aborto sin el propósito de causarlo, constándole el estado de embarazo de la ofendida, será sancionado con reclusión de cuatro (4) a seis (6) años.

República Dominicana:

Se penaliza cualquier tipo de aborto, de acuerdo al código penal vigente.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), en su esfuerzo por reducir la morbilidad y mortalidad materna, estableció como prioridad la reducción del aborto inseguro y sus consecuencias; para esto creó el Grupo de Trabajo para la “Prevención del aborto inseguro” y sus complicaciones, integrado por representantes de las Sociedades de Obstetricia y Ginecología de 7 regiones del mundo⁴⁹. Con esta estrategia, la mayor parte de los países de la Región Latinoamericana pudieron hacer un análisis situacional del aborto inseguro, sus factores determinantes y la calidad de la atención a las mujeres con complicaciones de aborto, e identificar los puntos susceptibles de intervención, para posteriormente hacer un plan de acción que actualmente está en marcha para contribuir a la reducción de los embarazos no deseados, abortos provocados y sus consecuencias en cada país.⁵⁰

La práctica del aborto desde una perspectiva de derechos

Si bien no existe un estándar internacional que prohíba la penalización del aborto, es posible identificar una tendencia del Derecho Internacional de los derechos humanos en este sentido. Prueba de ello son los pronunciamientos del Comité CEDAW en su Recomendación General 24 donde solicita a los Estados dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual, y a enmendar, en la medida de lo posible, la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos. En el mismo sentido, el Comité de Derechos Humanos ha señalado en sus Observaciones



Finales de 1996 y 2000 a Perú su preocupación por las disposiciones penales que sancionan el aborto, por considerar que vulneran el PIDCP en lo referido al derecho a la igualdad, a la vida y a no ser sometido a torturas o penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes⁵¹.

No obstante, aun en este contexto de despenalización, será necesario apuntalar la necesidad de complementar esa desregulación penal con un adecuado sistema de salud que sea capaz de practicar el aborto legal con las adecuadas condiciones, sin que exista temor por parte de los médicos a ser sancionados y sin estigmatizar a la mujer que desea abortar.

Un ejemplo de estas falencias, aun dentro del marco del aborto legal, se puede ver materializado en el caso *Paulina Ramírez vs México*. En dicho caso, la víctima de una violación sexual, de 13 años de edad, que había quedado embarazada, quiso practicarse un aborto (legal en el ordenamiento jurídico mexicano). No obstante, tanto ella como su madre fueron objeto de una serie de medidas orientadas a disuadirlas de llevar a cabo dicha práctica, como la inexistencia de médicos anestesiólogos y que los ginecólogos se encontraban de vacaciones, así como que el caso sería presentado a un comité de revisión para ser discutido. Posteriormente, la menor y su madre recibieron la visita de dos mujeres ajenas a los servicios de salud que habían sido invitadas por el director del hospital. Dichas mujeres le mostraron videos violentos sobre maniobras abortivas con el objetivo de persuadirla para que decidiera no someterse a un aborto, y fueron informadas, además, de que la intervención tenía una serie de riesgos, como la esterilidad, perforación uterina, hemorragia masiva, síndrome de cicatrices al interior del útero y muerte.⁵²

En el mismo sentido, se puede citar el caso de *KL vs. Perú*, donde el médico director del hospital consideró que no era pertinente realizar un aborto terapéutico (legal en el ordenamiento jurídico peruano) porque no estaba debidamente acreditado el riesgo a la salud de la madre. En dicha oportunidad, la Comisión de DH consideró que negar a una madre la posibilidad de practicar un aborto terapéutico provocó en ella un sufrimiento moral, que cobra mayor importancia al tomar en cuenta su condición de menor de edad. En el mismo sentido, la negativa de practicar el aborto interfirió de manera arbitraria en su vida privada, que implicaba la decisión de suspender su embarazo de conformidad con el ordenamiento penal⁵³. De esta manera, se señaló que la negativa de practicar un aborto legal se traduce en afectaciones a los derechos a la integridad psíquica y a la intimidad y vida privada, tal como fue precisado por la Comisión de Derechos Humanos en este caso.

Estos casos mencionados son representativos de la situación de varias mujeres que se ven obligadas a ser madres debido a que han sido obstaculizadas por parte de autoridades estatales de ejercer un derecho legítimo reconocido en la legislación de su país. Ello da cuenta de que no basta con la despenalización, sino que es necesario concientizar a las autoridades estatales y sanitarias del derecho que asiste a las mujeres embarazadas de optar por un aborto legal y brindar todas las facilidades para que este se practique sin graves consecuencias.

Pero además de la integridad psíquica y la vida privada, la negativa de practicar un aborto dentro de la legalidad interna estaría generando una violación del derecho a la igualdad y no discriminación, en la medida que se trata de un servicio exclusivo de las mujeres. Así lo ha considerado el Comité CEDAW en su Recomendación General 24, donde sostuvo que la negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria⁵⁴.

El derecho a una vida sexual libre de violencia, de contraer infecciones de transmisión sexual y de embarazos no deseados

El impacto de la violencia sexual en la salud de las mujeres

Una vida libre de violencia es un derecho humano básico¹, pero en la región su expresión en diferentes formas afecta a la mujer en cualquier momento de su vida sexual y reproductiva y están en mayor riesgo las que viven en escenarios de conflicto armado⁵⁵, mujeres en zonas rurales, indígenas y población carcelaria⁵⁶. La violencia intrafamiliar, y dentro de ésta, la violencia contra la mujer, se ha presentado en toda la historia de la humanidad, pero se consideró como un problema colectivo hace pocas décadas.⁵⁷ En 1993, las Naciones Unidas adoptó la primera definición internacional de violencia en contra de la mujer, la cual incluye *“cualquier acto de violencia basada en género que tenga como consecuencia o que tenga posibilidades de tener como consecuencia, perjuicio o sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica de la mujer, incluyendo amenazas de dichos actos, coerción o privaciones arbitrarias de su libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.”*⁵⁸ Posteriormente, en el marco de la Organización de Estados Americanos, la Convención de Belem do Pará ha establecido una noción amplia de violencia contra la mujer, al considerar tanto la violencia física, como la sexual y psicológica, que: *i) tiene lugar dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otra relación interpersonal, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio que la mujer, y que comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual; ii) tiene lugar en la comunidad y es*

¹Dicho derecho se encuentra expresamente reconocido en el artículo 3 de la Convención de Belem do Pará.



perpetrada por cualquier persona y que comprende, entre otros, violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, así como en instituciones educativas, establecimientos de salud o cualquier otro lugar; y iii) es perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.

Se estima que la prevalencia mundial de maltrato a la mujer oscila entre un 16 y 30%. La prevalencia de maltrato conyugal en la región es más alta. En Chile, el 26% de las mujeres entre 22 a 55 años informaron ser víctimas de al menos un episodio de violencia por parte de su compañero y el 15% informó un episodio de violencia de mayor gravedad. Asimismo, en Nicaragua, la tasa de violencia conyugal ya asciende a 52%.^{59 60}

En la actualidad, la violencia contra las mujeres ocurre en todos los países y en todos los grupos sociales, culturales, económicos y religiosos. Según un informe del Banco Mundial, las violaciones y la violencia contra las mujeres suponen una pérdida del 5% de los años de vida saludables en edad reproductiva. En Canadá, este tipo de violencia conlleva un gasto de 1.600 millones de dólares anuales, incluyendo atención médica de las víctimas y pérdida de la productividad. En Estados Unidos, se han calculado pérdidas anuales entre 10.000 y 67.000 millones de dólares por estas mismas razones.⁶¹

La violencia contra las mujeres se caracteriza por su grave impacto en el corto y largo plazo sobre su salud y su bienestar. Las mujeres que sufren abusos tienen una peor salud mental y física, más lesiones y una mayor necesidad de recursos médicos que las mujeres no abusadas.⁶² Las sobrevivientes de abuso suelen exhibir conductas de salud negativas, incluyendo el consumo de alcohol y drogas. Los problemas crónicos de salud a causa del abuso incluyen dolor crónico (dolor de cabeza, lumbalgia, dolor pélvico crónico), trastornos neurológicos, gastrointestinales y cardiacos⁶³. Asimismo, las mujeres abusadas suelen vivir con temor y sufrir de depresión, ansiedad e incluso estrés post-traumático, que es una situación grave⁶⁴.

Por otro lado, la violencia durante el embarazo ha sido asociada a demoras para la obtención de atención prenatal, mayor consumo de tabaco, drogas y alcohol durante el embarazo, insuficiente aumento de peso materno y depresión (63). También se asocia a abortos en condiciones de riesgo, abortos espontáneos, mortinatos, bajo peso al nacer y mortalidad neonatal. Un metanálisis de 14 estudios científicos indica que existe una relación importante entre el bajo peso al nacer y el maltrato durante el embarazo (63). Asimismo, un estudio realizado en Nicaragua reveló que los casos de bajo peso al nacer eran cuatro veces mayores en bebés cuyas madres habían sido abusadas físicamente durante el embarazo.⁶⁵

En un estudio de corte transversal intrahospitalario realizado en Colombia,⁶⁶ se encontró que una de cada cinco mujeres había sufrido violencia física y una de cada tres, violencia psicológica. En ese estudio, la mayoría de las pacientes veían la violencia física como un delito, aunque muy pocas denunciaron; y entre los principales motivantes para todo tipo de violencia describieron los estados anímicos de la pareja, el alcohol y la infidelidad.

Tener más hijos(as) de los(as) deseados(as) es reconocido como una violación de los derechos reproductivos, en especial en la población adolescente; y en el grupo de menor educación hay una fecundidad hasta seis veces mayor que en las más educadas.⁶⁷

El embarazo no deseado que conlleva el riesgo de abortos inseguros es una prioridad de salud pública para la región pues afecta a todos los estratos de la población y entraña gran riesgo para la salud de la mujer,⁶⁸ como veremos más adelante.

El derecho a una vida libre de violencia y sus implicancias en el disfrute de la integridad personal

El derecho de la mujer a una vida libre de violencia se encuentra recogido en el artículo 3 de la Convención de Belem do Pará. La definición de violencia, entre otras, la violencia sexual, se hace en términos amplios. Esta amplitud ha llevado a la Corte IDH a reconocer, en el caso del Penal Miguel Castro Castro vs. Perú, que la violencia sexual no se configura únicamente con una violación sexual⁶⁹, sino por medio de otros actos de naturaleza sexual que se cometen en una persona sin su consentimiento, y que además de comprender la invasión física del cuerpo humano, pueden incluir actos que no involucren penetración o incluso contacto físico alguno.⁷⁰

Así, en dicho caso, la Corte IDH concluyó que la situación de desnudez forzada a la que se obligó a permanecer a seis internas del penal, sin permitirseles el aseo o el uso de servicios sanitarios en privacidad (debían hacerlo acompañadas de un guardia armado que no les permitía cerrar la puerta y las apuntaba con el arma mientras hacían sus necesidades fisiológicas), además de ser un trato violatorio que afecta lo dispuesto en el artículo 5 de la CADH (y 7 del PIDCP), es también un acto de violencia sexual, atendiendo al elemento clave que estas mujeres estuvieron rodeadas y constantemente observadas por hombres.

De esta manera, el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia sexual o a ejercer su sexualidad sin ningún tipo de violencia se traduce en un interpretación conjunta del derecho a la integridad personal (establecido en los artículos 5 de la CADH y 7 del PIDCP), interpretado a la luz de lo dispuesto en el artículo 3 de la Convención de Belem do Pará y de la CEDAW, ello en la medida que como el propio Comité CEDAW ha reconocido que la discriminación contra la mujer incluye la violencia basada en género,



“es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada”, y que abarca “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.”⁷¹ Así lo ha establecido la Corte IDH al consagrar el llamado “*corpus iuris* internacional en materia de protección de la integridad personal de las mujeres.”⁷²

Asimismo, atendiendo a las protecciones brindadas por los artículos 5 de la CADH y 7 del PIDCP, será posible que en determinadas circunstancias se pueda calificar un acto de violencia sexual como tortura. Esto fue abordado por la CIDH en el año 1996 en el caso Raquel Martín de Mejía vs. Perú, cuando la CIDH concluyó que:

La violación produce un sufrimiento físico y mental en la víctima. Además de la violencia sufrida al momento que se perpetró, las víctimas habitualmente resultan lesionadas o, en algunos casos, aún quedan embarazadas. El hecho de ser objeto de un abuso de esta naturaleza les ocasiona asimismo un trauma psicológico que resulta, por un lado, del hecho de ser humilladas y victimizadas y por el otro, de sufrir la condena de los miembros de su comunidad, si denuncian los vejámenes de los que fueron objeto.⁷³

Al respecto, debe tenerse en cuenta que tal como estableció la Corte IDH en el caso Bueno Alves Vs. Argentina, siguiendo la definición establecida en la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, se está frente a un acto de tortura cuando el maltrato cumple con los siguientes requisitos: i) es intencional, ii) causa severos sufrimientos físicos o mentales y iii) se comete con determinado fin o propósito.⁷⁴

En el año 2000, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas adoptó una serie de principios que deben tomar en cuenta los profesionales médicos en la investigación de denuncias sobre tortura.⁷⁵ De acuerdo con estos principios, el informe que debe redactar el experto médico deberá incluir, como mínimo, los siguientes elementos:

- a. Las circunstancias de la entrevista (nombre, fecha y hora exacta, domicilio de la institución donde se realizó el examen, las circunstancias de la persona en el momento del examen, etc.).
- b. Historial, exposición detallada de los hechos relatados por la persona durante la entrevista, incluidos los presuntos métodos de tortura o malos tratos, el momento en que supuestamente se produjeron los actos de tortura o malos tratos y cualquier síntoma físico o psicológico que afirmara padecer la persona.

- c. Examen físico y psicológico, descripción de todos los resultados obtenidos tras el examen clínico físico y psicológico, incluidas las pruebas de diagnóstico correspondientes y, cuando fuera posible, fotografías en color de todas las lesiones.
- d. Opinión, interpretación de la relación que pudiera existir entre los síntomas físicos y psicológicos y posibles torturas o malos tratos.
- e. Autoría, el informe deberá ir firmado y en él se identificará claramente a las personas que llevaron a cabo el examen.

De manera posterior, la posibilidad de vincular los actos de violencia sexual con tortura fue planteada por la Corte IDH en el caso *Castro Castro vs. Perú*, a partir de la violación sexual de una detenida cometida por un agente del Estado. De acuerdo con el razonamiento de la Corte IDH, que recogió estándares jurisprudenciales del sistema universal y europeo, se pueden identificar algunos elementos para calificar a dicho acto como una tortura. Estos serían los siguientes:

- La vulnerabilidad de la víctima y el abuso de poder que despliega el agente.⁷⁶
- La consideración que la violación sexual es una experiencia sumamente traumática que puede tener severas consecuencias.⁷⁷
- Las consecuencias de gran daño físico y psicológico que deja a la víctima “humillada física y emocionalmente”, situación difícilmente superable por el paso del tiempo, a diferencia de lo que acontece en otras experiencias traumáticas.⁷⁸

Así, sobre la base de estas consideraciones, y tomando en cuenta lo dispuesto en el artículo 2 de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura, la Corte IDH concluyó que los actos de violencia sexual a los que fue sometida una interna bajo supuesta “inspección” vaginal dactilar constituyeron una violación sexual que por sus efectos constituye tortura.

De esta manera, es posible concluir que, en determinados casos, la violencia sexual afecta el cumplimiento del derecho a la integridad personal en su dimensión de prohibición de la tortura. Ello, según lo definido por la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura:

Se entenderá por tortura todo acto realizado intencionalmente por el cual se inflijan a una persona penas o sufrimientos físicos o mentales, con fines de investigación criminal, como medio intimidatorio, como castigo personal, como medida preventiva, como pena o con cualquier otro fin. Se entenderá también como tortura la aplicación sobre una persona de métodos tendientes a anular la personalidad de la víctima o a disminuir su capacidad física o mental, aunque no causen dolor físico o angustia psíquica.



Pero además, los hechos de violencia sexual afectan también el derecho a la honra de las personas, previsto en el artículo 11 de la CADH. Esto ha sido reconocido por la CIDH, tomando como referencia pronunciamientos del Tribunal Penal Internacional para la Ex Yugoslavia en el caso Celebici.⁷⁹ Asimismo, la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre violencia contra la mujer ha establecido también que la agresión sexual en el marco de un conflicto armado “a menudo se considera y practica como medio para humillar al adversario” y que “las violaciones en la guerra también han servido para aterrorizar a las poblaciones e inducir a los civiles a huir de sus hogares y aldeas”.⁸⁰ Esto mismo ha sido manifestado por la Corte IDH en el caso Masacre dos erres vs. Colombia.⁸¹

Las consecuencias de la violencia sexual

a. La atención en salud a víctimas de violencia

De acuerdo con la OPS, abordar el problema de la violencia de género como un problema de salud pública permite desarrollar intervenciones desde un enfoque multidimensional, colectivo, focalizado en los determinantes, los factores de riesgo y las consecuencias para la salud y el desarrollo. Esto favorece la ruptura de los mitos sobre la inevitabilidad de la violencia y su establecimiento como una realidad posible de ser modificada.⁸² En este punto, debe recordarse que de acuerdo con el artículo 10 del Protocolo de San Salvador, el derecho a la salud no se traduce únicamente en una salud física y psíquica, sino también social, entendida como la presencia de estructuras sociales sólidas que permitan la convivencia armónica de la sociedad.

Al respecto, el CDESC ha manifestado que, para eliminar la discriminación contra la mujer, se debe desarrollar y aplicar una estrategia nacional integral para la promoción del derecho de la mujer a la salud durante toda su vida. Dicha estrategia debe incluir intervenciones dirigidas a la prevención y tratamiento de las enfermedades que afectan a las mujeres, en particular, la protección de las mujeres contra la violencia en el hogar.

Por otra parte, la Organización Panamericana de la Salud ha identificado que los daños ocasionados por la violencia pueden afectar la salud sexual y reproductiva de las mujeres, alterar su comportamiento, generar depresión, abuso de alcohol y otras drogas, motivar el suicidio u homicidio, así como generar lesiones leves y graves, entre otras serias consecuencias.⁸³ Por tanto, los(as) proveedores(as) de servicios de salud pueden desempeñar una función esencial al detectar y atender a las mujeres que viven con violencia. Sus intervenciones pueden mitigar los efectos -tanto a corto como a largo plazo- de la violencia basada en el género en las mujeres y sus familias.⁸⁴

En este sentido, producida la situación de violencia sexual, el Comité CEDAW ha señalado que los Estados deben ejecutar una estrategia nacional amplia para fomentar la salud de la mujer durante todo su ciclo de vida. Esto incluirá intervenciones dirigidas a la atención de casos de violencia contra la mujer⁸⁵. En el mismo sentido, el artículo 8.d) de la Convención de Belem do Pará señala que los Estados Partes se encuentran obligados a adoptar -en forma progresiva- medidas para suministrar los servicios especializados apropiados para la atención necesaria a la mujer objeto de violencia, por medio de entidades de los sectores público y privado.

b. Los embarazos no deseados

Si la violencia sexual afecta directamente el derecho a la integridad personal de las mujeres, así como a su salud, los embarazos productos de esa violencia no solo intensifican esas afectaciones, sino que plantean violaciones adicionales. Así, embarazos no deseados productos de una violación sexual, sin duda alguna, implican un padecimiento psicológico a la mujer, que además de haber sufrido una violación, tendrá que dar a luz a un hijo que le recordará ese doloroso suceso el resto de su vida. Ello se traduce en una afectación a la integridad psíquica de la mujer y a su salud mental.

Por otro lado, el que una mujer que ha sido violada y ha quedado embarazada tenga que dar a luz a ese hijo impacta negativamente en el derecho a la autodeterminación reproductiva, es decir, a la libertad de decidir cuántos hijos tener. Este derecho se encuentra establecido en el artículo 17.2 de la CADH, como el derecho del hombre y la mujer a contraer matrimonio y a fundar una familia si tienen la edad y las condiciones requeridas para ello por las leyes internas. En el mismo sentido, se puede mencionar el artículo 23.2 del PIDCP. De manera específica, además, el artículo 16.e de la CEDAW establece el derecho de autonomía reproductiva, al consignar que las mujeres gozarán de los mismos derechos (que el hombre) a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos(as) y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

En este sentido, quedar embarazada producto de una violación implica ir en contra de esa libertad reconocida a las mujeres, ya que la víctima de la violación, ciertamente, no eligió ser violada y mucho menos quedar embarazada de su agresor. Es absolutamente razonable concluir que si la mujer pudiera elegir, no elegiría haber quedado embarazada.

Esto cobra relevancia en el marco de las regulaciones del aborto. Si bien el aborto no se encuentra prohibido a priori en el marco del Derecho Internacional, sino que queda a la discreción de los Estados, en la regulación de sus propios ordenamientos jurídicos internos resultaría necesaria la creación de un estándar que permita recurrir al aborto



en casos de embarazos producidos en el marco de una violación, en aras de respetar el derecho de una mujer a contraer un embarazo libremente.

c. Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

Las ITS, denominadas inicialmente como enfermedades venéreas, son conocidas desde la antigüedad (Hipócrates decía que la gonorrea resultaba de la indulgencia excesiva de los placeres de Venus; debido a que Venus era la diosa del amor, estas enfermedades fueron llamadas Venéreas). Se consideran ITS aquellas infecciones que se transmiten principalmente mediante relaciones sexuales vaginales, anales y orales desprotegidas (sin condón) con una persona infectada. Las ITS son una de las causas principales de enfermedad aguda, infertilidad y discapacidad a largo plazo en el mundo y pueden causar la muerte. Hasta la Segunda Guerra Mundial, constituían un reducido número de enfermedades infecciosas formado por la Sífilis, la Gonorrea, el Chacro Blando, el Linfogranuloma Venéreo y el Donovanosis o Granuloma Inguinal. Hoy día hay una pléyade de ITS causadas por bacterias, virus, protozoarios y ectoparásitos.

En las últimas tres décadas, globalmente la epidemia de VIH/SIDA ha producido más de 30 millones de muertes, pero ha habido un importante avance en las políticas públicas de los países para afrontar la epidemia mediante estrategias de cuidado específico, detección y tratamiento.⁸⁶ De acuerdo al informe de ONUSIDA sobre la epidemia global del SIDA en el 2010, desde el año 1999 el número de nuevas infecciones ha disminuido en un 20%, no siendo Latinoamérica la excepción, que mantiene desde el año 2000 cifras estables e incluso una tendencia a la disminución desde el 2008.⁸⁷ La prevalencia de VIH se mantiene entre el 0.4 y 0.5 % en la población general y la epidemia está concentrada en los hombres que tienen sexo con hombres y transexuales, aunque cada vez es más frecuente la transmisión de la enfermedad a través de relaciones heterosexuales. En el grupo de transexuales y de hombres que tienen sexo con hombres, hay prevalencias cercanas al 28 % en Argentina y 29% en Perú (87). Es en estos grupos, precisamente, donde se identifican menos redes sociales de apoyo, menores índices de educación y de riqueza, por ende, menos acceso a servicios de salud y mayor vulnerabilidad a la infección por VIH.⁸⁸

El abordaje del VIH/SIDA como un asunto de derechos humanos tuvo sus orígenes a fines de la década de los ochenta al realizarse la Consulta Internacional sobre el SIDA y los Derechos Humanos, organizada conjuntamente por el entonces Centro de Derechos Humanos y la OMS, en la cual los participantes discutieron la posible elaboración de estas directrices para ayudar a los responsables de formular políticas y a otros a cumplir las normas internacionales de derechos humanos en lo que se refería a la legislación, la práctica administrativa y la política.⁸⁹

Si bien existen numerosas ITS, tal vez la que mayor impacto ha generado es la epidemia del VIH/SIDA, y aunque a la fecha no existe ningún tratado o convenio internacional que haya abordado específicamente el VIH/SIDA, es posible su vinculación a los derechos humanos, a partir del impacto negativo en el disfrute de los derechos a la igualdad y no discriminación, a la vida, a la salud, al disfrute de un nivel de vida adecuado que incluye el derecho a la alimentación. Asimismo, se podría mencionar el derecho a gozar de los beneficios del progreso científico, el derecho a la protección del Estado contra todo acto de violencia o atentado contra la integridad personal cometido por cualquier individuo, grupo o instituto, entre otros.

En particular, en relación con el derecho a la salud, el CDESC ha señalado que la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, así como la lucha contra ellas, demandan el establecimiento de programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y para aquellas que afecten negativamente a la salud sexual y reproductiva, así como la promoción de determinantes sociales de buena salud, como seguridad medioambiental, educación, desarrollo económico e igualdad de género. El derecho a tratamiento incluye la creación de un sistema de atención médica urgente en casos de accidentes, epidemias y otros peligros similares para la salud, y la provisión de auxilio ante catástrofes y asistencia humanitaria en situaciones de emergencia.⁹⁰

La epidemia del VIH se ha venido presentando como un problema que genera una mayor situación de vulnerabilidad para las mujeres y esto por varias razones. Una primera tiene que ver con las barreras aún existentes para el ejercicio autónomo de la sexualidad de las mujeres. Así, las mujeres que no tienen capacidad de decisión o injerencia a la hora de optar por un método anticonceptivo que también prevenga la transmisión de ITS se encuentran en un mayor riesgo de contraer dichas infecciones. De la mano con la falta de autonomía, se puede mencionar también la pobreza como barrera. En el caso de las mujeres, una mayor exclusión social, sumada a una mayor dificultad en la toma de decisiones y una limitación de recursos, genera una situación de limitado acceso a métodos de prevención de ITS y otras necesidades sexuales y reproductivas.

Otra causa que influye en la mayor incidencia del VIH en las mujeres está relacionada con el inicio sexual temprano y desinformado y la falta de medios de prevención, como el acceso al condón, el cual sumado a la ausencia de recursos, genera poco acceso a preservativos. Finalmente, la violencia sexual impacta también en la situación de vulnerabilidad de las mujeres frente al VIH. Al respecto, debe tenerse en consideración



que las relaciones sexuales bajo coacción incluyen también aquellas que se dan al interior de una pareja. Esto ha sido señalado por el Comité CEDAW en su Recomendación General 24:

Las cuestiones relativas al VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual tienen importancia vital para el derecho de la mujer y la adolescente a la salud sexual. Las adolescentes y las mujeres adultas en muchos países carecen de acceso suficiente a la información y los servicios necesarios para garantizar la salud sexual. Como consecuencia de las relaciones desiguales de poder basadas en el género, las mujeres adultas y las adolescentes a menudo no pueden negarse a tener relaciones sexuales ni insistir en prácticas sexuales responsables y sin riesgo. Prácticas tradicionales nocivas, como la mutilación genital de la mujer y la poligamia, al igual que la violación marital, también pueden exponer a las niñas y mujeres al riesgo de contraer VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual. Las mujeres que trabajan en la prostitución también son especialmente vulnerables a estas enfermedades. Los Estados Partes deben garantizar, sin prejuicio ni discriminación, el derecho a información, educación y servicios sobre salud sexual para todas las mujeres y niñas, incluidas las que hayan sido objeto de trata, aun si no residen legalmente en el país. En particular, los Estados Partes deben garantizar los derechos de los adolescentes de ambos sexos a educación sobre salud sexual y genésica por personal debidamente capacitado en programas especialmente concebidos que respeten sus derechos a la intimidad y la confidencialidad.⁹¹

El mismo Comité ha señalado también en su Recomendación General 15 la necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), recomendando a los Estados que en los programas de lucha contra el SIDA presten especial atención a los derechos y necesidades de las mujeres y los niños y a los factores que se relacionan con la función de la reproducción de la mujer y su posición subordinada en algunas sociedades, lo que la hace especialmente vulnerable al contagio del VIH.⁹² Asimismo, ha enfatizado la importancia vital de cuestiones relativas al VIH/SIDA y otras ITS para el derecho a la salud sexual de la mujer y la adolescente, recomendando, entre otros aspectos, que los Estados Partes deberían 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 ITS/VIH/ SIDA.

Cabe destacar que en la Segunda Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos, realizada en Ginebra en el año 1996, se aprobaron las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos. Estas Directrices plantean la amplia reforma de leyes y servicios de apoyo jurídico, centrados en la lucha contra la discriminación, la protección de la salud pública y el mejoramiento de la condición de las mujeres, niños(as) y grupos marginados. Asimismo, en la Declaración de

Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA “Crisis Mundial–Acción Mundial”,⁹³ 189 Estados declararon el compromiso de hacer frente a la crisis del VIH/SIDA mediante la adopción de diversas medidas, entre las que figuran: la potenciación de la mujer como indispensable para reducir la vulnerabilidad.

El derecho a la información sobre salud sexual y reproductiva

El Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y su ratificación en la Plataforma de acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) definieron los derechos sexuales y reproductivos de las personas a tener control respecto de su sexualidad, a decidir libre y responsablemente sin verse sujetas a la coerción, la discriminación y la violencia; el derecho de todas las parejas e individuos a decidir de manera libre y responsable el número y espaciamiento de sus hijos(as) y a disponer de la información, la educación y los medios para ello, así como a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.⁹⁴ También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.⁹⁵

El acceso a la información, como hemos señalado al inicio de este documento, forma parte del elemento accesibilidad del derecho a la salud, y se interpreta como el derecho a solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. Ahora bien, a decir del CDESC, este acceso a la información no debe menoscabar el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad. Este punto es desarrollado en el artículo 10.h) de la CEDAW, que dispone que los Estados deben asegurar el 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.

En relación con el acceso a la información, hemos ya señalado en otro acápite de este documento la relevancia de este derecho en torno al acceso a métodos anticonceptivos. En este sentido, tal como lo ha señalado el Comité CEDAW en sus Observaciones Finales a Perú en 1998, se recomienda que se establezcan programas de planificación de la familia en los que se ponga énfasis en la educación sexual, la utilización de métodos anticonceptivos adecuados y la utilización consciente de los servicios de esterilización en los casos necesarios con autorización expresa de la paciente y previa amplia explicación de sus consecuencias.⁹⁶

Por otro lado, un aspecto sobre el cual resulta necesario pronunciarse es sobre la violación del acceso a la información en su faceta de consentimiento informado, que ha tenido relevancia en los casos de esterilizaciones forzadas. De acuerdo con el Comité CEDAW, tanto el aborto como la esterilización obligados influyen



adversamente en la salud física y mental de la mujer y violan su derecho a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos.⁹⁷ Esto fue desarrollado ampliamente en el caso de A.S. vs. Hungría, donde una mujer miembro de la comunidad romaní, luego de ser sometida a una cesárea de emergencia, fue sometida a un procedimiento de esterilización. De acuerdo con lo señalado por la Sra. A.S., ésta no entendió la declaración que le hicieron firmar de manera previa, ni que había sido esterilizada, sino hasta después de realizada la cirugía.

A decir del Comité CEDAW, existe un derecho tutelado por el artículo 10.h) de la CEDAW a recibir información específica sobre la esterilización y otros procedimientos alternativos de planificación de la familia a fin de evitar que se realice una intervención de este tipo sin que ella hubiera tomado una decisión con pleno conocimiento de causa. Pero, señala el Comité, esta manifestación de consentimiento no debe ser solo formal, sino que debe darse con las debidas garantías. En este sentido, informar a la Sra. A.S. sobre un procedimiento quirúrgico momentos antes de ingresar a la sala de partos fue considerado inapropiado, dadas las condiciones estresantes a las que estuvo sometida la paciente.⁹⁸

Pero además del acceso a la información, el Comité CEDAW reconoce el derecho establecido en el artículo 12 de la CEDAW que establece que 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. Adicionalmente, dispone dicho artículo que 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 fuese necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. A decir del Comité CEDAW, el no haber brindado una adecuada información respecto a la intervención quirúrgica de esterilización y al haber solicitado el consentimiento informado en un periodo de 17 minutos en un formulario escasamente legible y escrito a mano por el médico que la atendía, evidenció que el servicio brindado por el Estado no resultó apropiado, determinándose la violación del derecho de la Sra. A.S. a brindar su consentimiento con pleno conocimiento de causa para ser esterilizada.

Finalmente, un aspecto que vale la pena resaltar es que estas situaciones de esterilizaciones forzadas permiten identificar como derecho vulnerado la igualdad y no discriminación, en la medida que se trata de una práctica discriminatoria del sector salud hacia la población femenina. Además, esta situación de discriminación afecta

también a las mujeres en peor situación socioeconómica, como es el caso de la Sra. A.S. en el sistema universal (perteneciente a la comunidad romaní) o el caso de Mamérita Mezanza en el sistema interamericano (campesina quechua-hablante).

El derecho a acceder a servicios de salud sexual y reproductiva

En la región, se asume que todas las personas, independientemente de su clase social, sexo, identidad genérica, práctica u orientación sexual, etnia y edad gozan del derecho a:

- a. Obtener información y orientación completa, veraz y suficiente sobre su cuerpo, sus funciones y procesos reproductivos expresados en términos sencillos y comprensibles para que puedan tomar decisiones y favorecer el auto-conocimiento.
- b. Disfrutar de una vida sexual saludable y placentera, libre de discriminación, coacción o violencia.
- c. Ejercer su preferencia sexual, libremente y sin sufrir discriminación, coacción o violencia.
- d. Elegir si tener o no tener hijos(as) y con quién tenerlos, el número de hijos(as) y el espaciamiento entre sus nacimientos.
- e. Acceder a una atención gratuita e integral de la salud sexual y reproductiva.
- f. Acceder a métodos anticonceptivos seguros, asequibles y de calidad y elegir el que más se adapta a sus necesidades, criterios y convicciones.
- g. Obtener los métodos anticonceptivos en forma totalmente gratuita.
- h. La intimidad, igualdad y no discriminación en la atención de la salud sexual y reproductiva.
- i. Recibir una educación sexual integral, conforme a derechos, e información veraz, adecuada a los niveles de desarrollo de las personas.

Algunos de estos aspectos ya han sido abordados a lo largo del presente informe. No obstante, resulta pertinente en este acápite hacer referencia al derecho de las mujeres a acceder a un sistema de salud sexual y reproductiva a efectos de poder quedar embarazadas gracias a algún método complementario, si es que no pueden hacerlo en forma natural.

Este supuesto viene siendo analizado por la Corte IDH en el marco del caso Gretel Artavia Murillo y Otros (Fecundación in Vitro) vs. Costa Rica. Dicho caso está originado en la prohibición general de practicar la técnica de reproducción asistida de la Fecundación in Vitro, vigente en Costa Rica desde el año 2000, tras una decisión



emitida por la Sala Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. De acuerdo con la CIDH, esta prohibición absoluta constituyó una injerencia arbitraria en los derechos a la vida privada y familiar y a formar una familia. Asimismo, la CIDH consideró que la prohibición constituyó una violación del derecho a la igualdad de las víctimas, en tanto el Estado les impidió el acceso a un tratamiento que les hubiera permitido superar su situación de desventaja respecto de la posibilidad de tener hijas o hijos biológicos. Este impedimento tuvo, además, un impacto desproporcionado en las mujeres.

Al margen de que en el presente caso los peticionarios son hombres y mujeres que, en el marco de una pareja han querido acceder a un sistema de Fecundación in Vitro, el caso cobra especial relevancia si pensamos en el grupo de mujeres lesbianas que ven en este sistema de fecundación una solución real y efectiva para poder ser madres sin tener que recurrir a tener relaciones sexuales con un hombre. En este sentido, el fallo que la Corte IDH no solo tendrá un impacto en las parejas heterosexuales, sino que será de fundamental importancia para garantizar el derecho a la autonomía reproductiva de este grupo de mujeres con una diferente opción sexual.

CONCLUSIONES

- Los sistemas de salud materna en América Latina y El Caribe se presentan como deficientes, generando impactos negativos en los derechos a la integridad personal y salud de las mujeres y, en determinados casos, a su vida. Al ser estos servicios específicos a las mujeres, se presenta también una situación de discriminación por género.
- Dentro del colectivo mujer, aquellas en situación de pobreza o pertenecientes a un grupo de situación de vulnerabilidad son más proclives a sufrir una vulneración en el acceso a servicios de salud materna.
- En tanto aspecto protegido por el derecho a la salud, la salud materna debe cumplir con los componentes de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.
- El embarazo no deseado es una situación muy común en la Región, con consecuencias graves para la mujer y su familia, y los sistemas de salud, por ende, deben continuar con las estrategias de prevención del aborto inseguro.
- El derecho a acceder a métodos anticonceptivos se deriva del derecho a fundar una familia, reconocido en el 17.2 de la CADH y del derecho de autonomía reproductiva previsto en el artículo 16.e de la CEDAW.

- Resulta necesario, a efectos de evitar impactos negativos en el derecho a la salud, brindar información adecuada y asesoría integral a las mujeres en torno a los diferentes métodos anticonceptivos.
- La Anticoncepción de emergencia resulta fundamental para prevenir embarazos no deseados, como aquellos que son producto de una violación sexual.
- La no distribución gratuita de la Anticoncepción de emergencia por decisiones judiciales de diferentes países latinoamericanos genera un impacto negativo en el disfrute de los derechos a la igualdad y no discriminación por condición económica.
- En la mayoría de los países de la Región, el aborto legal está restringido, lo que lleva a la clandestinidad pues los abortos se realizan con frecuencia en condiciones inadecuadas o por personal no entrenado y por eso se denominan abortos inseguros. Si bien no existe un estándar internacional en materia de despenalización del aborto, la tendencia es a establecer estándares mínimos para la despenalización.
- La educación sexual desde temprana edad escolar, la planificación familiar y la despenalización del aborto deben ser complementadas con un adecuado sistema de salud que sea capaz de practicar el aborto legal en condiciones seguras, sin que exista temor por parte de los médicos(as) a ser sancionados(as), y sin estigmatizar a la mujer que desea abortar.
- El derecho de la mujer a una vida libre de violencia se encuentra recogido en el artículo 3 de la Convención de Belem do Pará y ha sido interpretado por la jurisprudencia interamericana en términos amplios, de manera que solo se configura con una violación sexual. Asimismo, de acuerdo con el Comité CEDAW, la discriminación contra la mujer incluye la violencia basada en género, “es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada”, y que abarca “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”.
- El derecho de las mujeres a una vida libre de violencia sexual o a ejercer su sexualidad sin ningún tipo de violencia se traduce en un interpretación conjunta del derecho a la integridad personal (establecido en los artículo 5 de la CADH y 7 del PIDCP), interpretado a la luz de lo dispuesto en el artículo 3 de la Convención de Belem do Pará y de la CEDAW.
- En determinadas circunstancias, se puede calificar un acto de violencia sexual como tortura, cuando el maltrato cumple con los siguientes requisitos: i) es intencional; ii) causa severos sufrimientos físicos o mentales y iii) se comete con determinado fin o propósito.



- La epidemia del VIH se ha venido presentando como un problema que genera una mayor situación de vulnerabilidad para las mujeres, por varios factores, como la falta de capacidad de decisión o injerencia a la hora de optar por un método anticonceptivo que también prevenga la transmisión de ITS, o una limitación de recursos.
- El acceso a la información forma parte del elemento accesibilidad del derecho a la salud, y se interpreta como el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud, así como el derecho de que los datos personales relativos a la salud sean tratados con confidencialidad. De acuerdo con la jurisprudencia del Comité CEDAW, existe un derecho tutelado por el artículo 10.h) de la CEDAW a recibir información específica sobre la esterilización y otros procedimientos alternativos de planificación de la familia a fin de evitar que se realice una intervención de este tipo sin que ella hubiera tomado una decisión con pleno conocimiento de causa. Esta manifestación de consentimiento no debe ser solo formal, sino que debe darse con las debidas garantías.

RECOMENDACIONES

- A pesar de que el derecho a la salud materna no es directamente justiciable en el Sistema Interamericano de protección de derechos humanos, en aras de la indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, resulta necesario vincular dicha problemática con el disfrute a los derechos a la integridad, a la vida e igualdad y no discriminación.
- Si bien no existe un estándar internacional en materia de anticoncepción, debería establecerse la obligatoriedad de los Estados de distribuir gratuitamente la Anticoncepción de emergencia, como una forma efectiva de reducir los casos de aborto por embarazos no deseados.
- Resulta necesario establecer un estándar en materia de despenalización del aborto para determinados supuestos básicos, como puede ser el aborto por graves malformaciones congénitas, el aborto terapéutico o el aborto en casos de embarazos producto de una violación. Ello en aras de garantizar el derecho de la madre a su integridad psíquica, salud y autonomía reproductiva.
- Al momento de contemplar la eficacia en el cumplimiento de las prácticas de aborto legales, es necesario tomar en consideración el rol de las autoridades estatales y sanitarias. Urge establecer programas de sensibilización en torno al

- derecho que asiste a las mujeres embarazadas de optar por un aborto legal y brindar todas las facilidades para que este se practique por profesionales competentes y sin consecuencias que lamentar.
- El derecho a la salud no se traduce únicamente en una salud física y psíquica, sino también social, entendida como la presencia de estructuras sociales sólidas que permitan la convivencia armónica de la sociedad. En este sentido, resulta necesario abordar el problema de la violencia de género como un problema de salud pública, desarrollando intervenciones desde un enfoque multidimensional, colectivo, focalizando en los determinantes, los factores de riesgo y las consecuencias para la salud y el desarrollo.
- Resulta necesario tener en cuenta el hecho de la exclusión que genera el ser portador(a) de VIH, tomando en consideración los derechos y necesidades de las mujeres y los niños y los factores que se relacionan con la función de la reproducción de la mujer y su posición subordinada en algunas sociedades, que la hace especialmente vulnerable al contagio del VIH.
- Los Estados deben adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica con el fin de asegurar acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. Adicionalmente, se debe garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuese necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.
- En relación con el acceso a servicios de salud reproductiva, debe ponerse especial atención en los sistemas de Fecundación in Vitro. Prohibir el acceso a dicho sistema vulnera los derechos a la vida privada y familiar y a formar una familia, afectando de especial manera a las mujeres lesbianas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ Declaración Universal de los Derechos Humanos. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>. Consultado el 1 de julio de 2011.
- ² WHO, UNFPA, UNICEF, WB. Trends of maternal mortality. Geneva: WHO 2010.
- ³ OMS, PAHO. Cifras de Mortalidad Materna. Disponible en: <http://www.col.ops.oms.org/familia/Maternidad/3cifras.htm>. Consultado el 5 de julio de 2011.
- ⁴ Save The Children. Informe Mundial de las madres 2011.
- ⁵ Rizzi Ricardo. Mortalidad Materna: Manual para contribuir a la disminución de la mortalidad materna. Buenos Aires, 1ª Ed, 2011.
- ⁶ Rodríguez L., Perpétuo I. La transición de la Salud Sexual y Reproductiva en América Latina. 15 años después del Cairo- 1994. UNFPA, CELADE-CEPAL, 2011.
- ⁷ ONU. Cumbre Mundial sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Nueva York, 20 a 22 de septiembre de 2010. Disponible en <http://www.un.org/es/mdg/summit2010/>. Consultado el 4 de julio de 2011.
- ⁸ Gómez P.I. "Conceptos Básicos de Epidemiología Clínica". Boletín EngenderHealth, Bolivia; 20071(1): 6-7.
- ⁹ Op.Cit. OMS, PAHO. Cifras de Mortalidad Materna. Disponible en: <http://www.col.ops.oms.org/familia/Maternidad/3cifras.htm>. Consultado el 5 de julio de 2011.
- ¹⁰ Warriner I, Shah I. Preventing Unsafe abortion and its consequences. 2006.
- ¹¹ OMS, PAHO. Iniciativa Maternidad Segura. Disponible en <http://new.paho.org/ims/>. Consultada el 14 de julio de 2011.
- ¹² Say L. et al. Research: WHO systematic review of maternal morbidity and mortality: the prevalence of severe acute maternal morbidity (near miss) Reproductive Health 2004, 1:3 Disponible en: <http://www.reproductive-health-journal.com/content/1/1/3>
- ¹³ Ronsmans, C., Filippi, V. Reviewing severe maternal morbidity: learning from survivors of life-threatening complications. Beyond the Numbers: Reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer complications.OMS 2.004.
- ¹⁴ Filippi V et al. Near misses: maternal morbidity and mortality (letter). Lancet 1998; 351:145-146.

- ¹⁵ Baskett TF, Sternadel J. Maternal intensive care and near-miss mortality in obstetrics. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1998; 105:981–984.
- ¹⁶ Ortiz E.I. Caracterización de la Morbilidad Materna Extrema. Ministerio de Protección Social de Colombia-UNFPA, 2011.
- ¹⁷ CIDH. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. OEA/Ser.L/V/II, 7 de junio de 2010.
- ¹⁸ Op. Cit. CIDH.
- ¹⁹ Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros. Vs. Ecuador. Fondo Reparaciones y Costas. Sentencia de 22 de noviembre de 2007. Serie C No. 171, parágrafo 117.
- ²⁰ Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de julio de 2006. Serie C No. 149, parágrafo 85.
- ²¹ Corte IDH. Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil. Op. Cit., parágrafo 99.
- ²² Corte IDH. Caso Albán Cornejo y otros Vs. Ecuador. Op. Cit., párrafos 199 y 121.
- ²³ De acuerdo con el CDESC, 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.
- ²⁴ CDESC. Observación General 19. El derecho a la seguridad social (artículo 9), E/C.12/GC/19, 4 de febrero de 2008, parágrafo 4.
- ²⁵ Comité CEDAW. Recomendación General 24. La mujer y la salud.
- ²⁶ Organización Panamericana de la Salud en las Américas 2007. Regional, publicación científica y técnica, 2007; 1(622): 65. Disponible en <http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap6.html>
- ²⁷ CIDH, Justicia e Inclusión Social: Los Desafíos de la Democracia en Guatemala, OEA/Ser.L/V/II.118 Doc. 5 rev. 1-29 de diciembre de 2003, véase Capítulo V, Los Derechos de la Mujer, párr. 318. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/Guatemala2003sp/indice.htm>.
- ²⁸ OMS. Improving adolescents Elath and development WHO/FRH/ADH/98.18 Rev.1.2001. Disponible en http://whglibdoc.who.in/hg/1998/WHO_FRH_ADH_98.18_Rev.1.pdf
- ²⁹ Naciones Unidas, Comité sobre los Derechos del Niño, Observación General No. 4, La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, CRC/GC/2003/4, 21 de julio de 2003.
- ³⁰ UNICEF. Progreso para la infancia: un balance sobre la mortalidad materna. 2008, 7: 6.

- ³¹ Gómez P.I., Molina Ramiro, Zamberlin Nina. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Editorial: r& artes gráficas. Lima, Perú. 2010.
- ³² CEPAL. Panorama Social de América Latina, 2005, Capítulo III: Desigualdades demográficas y desigualdad social: tendencias recientes, factores asociados y lecturas de política. Disponible en: www.eclac.org/publicaciones/xml/4/23024/PSE2005_Cap3_DesigualdadDemografica.pdf Consultado el 4 de julio de 2011.
- ³³ Gómez P.I., Molina Ramiro, Zamberlin Nina. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Editorial: r& artes gráficas. Lima, Perú, 2010.
- ³⁴ Gómez P.I., Molina Ramiro, Zamberlin Nina. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Editorial: r& artes gráficas. Lima, Perú, 2010.
- ³⁵ Gómez P.I, Gaitan H. DIU como Anticonceptivo de Emergencia: Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Proveedores de Salud Latinoamericanos. Encuesta. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2005; 55(4): 261-266.
- ³⁶ Gómez P.I. y cols. Anticoncepción de emergencia hormonal. Conocimientos, actitudes y prácticas en mujeres estudiantes universitarias. Estudio de corte transversal. Colombia 2008. Revista Colombiana de Enfermería. 2010; 5(5): 10-14.
- ³⁷ World Bank, "World's progress on maternal health and family planning is insufficient", July 2009, available from <http://go.worldbank.org/70POCCPUF0>.
- ³⁸ Comité CEDAW. Recomendación General 19, párrafo 24.m).
- ³⁹ Comité CEDAW. Recomendación General 24. Op. Cit., párrafos 17 y 23.
- ⁴⁰ CDESC. Observación General 14, Op. Cit., párrafo 52.
- ⁴¹ HRP. Boletín Informativo, octubre 2005. Levonorgestrel para Anticoncepción de Emergencia. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas.
- ⁴² UNFPA, Informe de amicus curiae presentado ante el Tribunal Constitucional peruano, 9.2. Contribución de la AOE a la reducción de la mortalidad materna, p. 16.
- ⁴³ CDESC. Observación General 14, Op. Cit., párrafo 52.
- ⁴⁴ Espinoza H. Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistentes en América Latina. Revista Panamericana de Salud Pública, 2002; 11 (3):148-149.

- ⁴⁵ Castañeda Chang AM y cols. Niñas y adolescentes con historia de abuso sexual infantil. Perú, 2003. Revisado el 14 de julio de 2011 en : http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art45001
- ⁴⁶ Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL, Rape related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 175:320-324.
- ⁴⁷ Gómez P.I., Molina Ramiro, Zamberlin Nina. Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y El Caribe. Editorial: r&r artes gráficas. Lima, Perú, 2010.
- ⁴⁸ Sentencia C-355. Colombia, 2006.
- ⁴⁹ Faúndes A. Editorial: La iniciativa de Figo para la prevención del aborto inseguro. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 2008; 73 (4): 221 – 222.
- ⁵⁰ Gómez P.I, Urquijo L, Villarreal C. Estrategia FIGO para la prevención del aborto inseguro. Experiencia en Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2011; 62(1): 24-35.
- ⁵¹ Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Perú. N.U. Doc. CCPR/C/79/Add. 72 (1996), párrafo 15, y Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Perú, N.U. Doc. CCPR/CO/70/PER (2000), párrafo 20.
- ⁵² CIDH. Paulina del Carmen Ramirez Jacinto vs. México. Informe 21/07, párrafo 14.
- ⁵³ Comité de Derechos Humanos. Comunicación 115/2009. CCPR/C/85/D/1153/2003, 22 de noviembre de 2005, párrafos 6.3 y 6.4.
- ⁵⁴ Comité CEDAW. Recomendación General 24, párrafo 11.
- ⁵⁵ Ortiz JD. Propuesta de Estándares regionales para la elaboración de protocolos de atención temprana a víctimas de violencia sexual. *Flasog-Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos*. Lima, 2010.
- ⁵⁶ Gómez P.I., Constantín A. E., Villegas V.E. Capítulo: Violencia contra la mujer. En Libro: *Texto de Ginecología*. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá DC-Colombia. 1ª Edición. 2007: 521-530. ISBN: 958-701-901-5.
- ⁵⁷ Romero MN, Díaz MC. La Maternidad como conflicto, Una Expresión de Inequidad Social y de Género. *Colombia Médica*, 2001; 32: 25-31.
- ⁵⁸ Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia en contra de la mujer. Procedimientos de la 85 Reunión Plenaria, 20 de diciembre de 1993.
- ⁵⁹ Londoño ML. Prácticas de Libertad, En sexualidad y derechos reproductivos, Ediciones Prensa Colombiana, 1991.



- ⁶⁰ Gómez P.I, Capítulo: Violencia contra La mujer. En Libro Virtual: Obstetricia Integral Siglo XXI, TOMO I. Primera edición. Bogotá: 2009. ISBN: 978-958-44-6067-7.
- ⁶¹ Posada, C. Mejoramiento de la calidad de atención: integralidad y conciencia de género en la aplicación de las normas. Colombia. Simposio 2001 "Violencia de género, salud y derechos en las Américas". México. 4-7 de junio de 2001.
- ⁶² Londoño ML, Ética de la Ilegalidad, Visiones de Género y Valores Reproductivos, Ediciones Prensa Colombiana, 1994.
- ⁶³ Gómez P.I. Capítulo: Dolor Pélvico en la Mujer. En libro Dolor y Cuidados Paliativos, editado por la Corporación para Investigaciones Biológicas y Organización Panamericana de la Salud, Medellín - Colombia. Primera Edición. Ed. CIB. 2005: 164-173 ISBN: 958-9400-87-6.
- ⁶⁴ Violencia contra las mujeres, efectos sobre la salud reproductiva. Outlook. 2003; 20(1): 1-8.
- ⁶⁵ Op.Cit. Violencia contra las mujeres, efectos sobre la salud reproductiva. Outlook. 2003.
- ⁶⁶ López S., Gómez P.I., Arévalo I. Violencia contra la mujer. Análisis en el Instituto Materno Infantil de Bogotá, Colombia, 2005. Estudio de corte transversal. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2008; 59(1): 10-19.
- ⁶⁷ Op. Cit. Rodríguez L., Perpétuo I. La transición de la Salud Sexual y Reproductiva en América Latina. 15 años después del Cairo-1994. UNFPA, CELADE-CEPAL, 2011.
- ⁶⁸ Espinoza H. Embarazo no deseado y aborto inseguro: dos problemas de salud persistentes en América Latina. Revista Panamericana de Salud Pública, 2002; 11 (3):148-149.
- ⁶⁹ La cual, a decir del Tribunal, debe ser también interpretada en términos amplios. Así, no se considerará violación sexual únicamente a la relación sexual sin consentimiento, por vía vaginal, como se consideró tradicionalmente; sino también aquellos actos de penetración vaginales o anales, sin consentimiento de la víctima, mediante la utilización de otras partes del cuerpo del agresor u objetos, así como la penetración bucal mediante el miembro viril. Corte IDH. Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C No. 160, parágrafo 310.
- ⁷⁰ Corte IDH. Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C No. 160, parágrafo 306. Dicho razonamiento estuvo fundado en lo dispuesto por el Tribunal Penal Internacional para Ruanda en el caso Jean Paul Akayesu. ICTR, Case of Prosecutor v. Jean-Paul Akayesu. Judgment of September 2, 1998. Case No. ICTR-96-4-T, para. 688. En el

mismo sentido, Corte IDH. Caso Fernández Ortega y otros. Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de agosto de 2010 Serie C No. 215, parágrafo 119.

Comité CEDAW. Recomendación general 19 "La violencia contra la mujer". Doc. HRI/GEN/1/Rev. (1994), parágrafo 6.

⁷¹ Corte IDH. Caso de los Hermanos Gómez Paquiyauri Vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 8 de julio de 2004. Serie C No. 110 parágrafo 166; Caso "Instituto de Reeduación del Menor" Vs. Paraguay. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 2 de septiembre de 2004. Serie C No. 112, parágrafo 172; caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C No. 160, parágrafo 276.

⁷² CIDH. Raquel Martín de Mejía c. Perú. Informe 5/96.

⁷³ Corte IDH. Caso Bueno Alves Vs. Argentina. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 11 de mayo de 2007. Serie C No. 164, parágrafo 79.

⁷⁴ Comisión de Derechos Humanos. La tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, "Principios relativos a la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes", Anexo, E/CN.4/RES/2000/43, 20 de abril de 2000.

⁷⁵ Eur.C.H.R., Case of Aydin v. Turkey (GC). Judgment of 25 September 1997, App. No. 57/1996/676/866, para. 83.

⁷⁶ Comisión de Derechos Humanos. Cuestión de los derechos humanos de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión, y en particular la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Informe del Relator Especial, Sr. Nigel S. Rodley, presentado con arreglo a la resolución 1992/32 de la

⁷⁷ Comisión de Derechos Humanos. Doc. E/CN.4/1995/34 del 12 de enero de 1995, párr. 19.

⁷⁸ Eur.C.H.R., Case of Aydin v. Turkey (GC), Judgment of 25 September 1997, App. No. 57/1996/676/866, para. 83.

⁷⁹ CIDH. Ana, Beatriz y Celia González Pérez c. México. Informe 53/01, parágrafo 44.

⁸⁰ Informe presentado por la Sra. Radhika Coomarasway, Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, con inclusión de sus causas y consecuencias, de conformidad con la resolución 1997/44 de la Comisión, E/CN.4/1998/54, 26 de enero de 1998, párrafos 13 y 14.

⁸¹ Corte IDH. Caso De la Masacre de las Dos Erres Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de noviembre de 2009. Serie C No. 211, parágrafo 139.



- ⁸² Organización Panamericana de la Salud, UNIFEM, UNFPA y Otros. Simposio 2001: Violencia de género, salud y derechos en las Américas, Informe Final, página 14. En: <http://www.paho.org/spanish/hdp/hdw/Symposium2001FinalReportsp.pdf>.
- ⁸³ Organización Panamericana de la Salud. "Informe mundial sobre la violencia y la salud". Resumen 2003. Capítulo 4, Cuadro N°4.6, página 15. En: http://www.paho.org/Spanish/AM/PUB/capitulo_4.pdf
- ⁸⁴ Organización Panamericana de la Salud. "La violencia contra las mujeres: responde el sector salud". Página 7.
- ⁸⁵ Comité CEDAW, Recomendación General N° 24, sobre La mujer y la salud, del 2 de febrero de 1999, parágrafo 29.
- ⁸⁶ Informe de la consulta regional en Latinoamérica sobre los progresos hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, cuidado y apoyo en VIH/SIDA. Marzo 2011. Disponible en: http://www.onusida-latina.org/admin/includes/html/show_file.php?id=168. Consultado el 4 de julio de 2011.
- ⁸⁷ Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2010. Disponible en: http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_es.htm Consultado el 4 de julio de 2011.
- ⁸⁸ Henderson, K.; Worth, H.; Aggleton, P.; Kippax, S. Enhancing HIV prevention requires addressing the complex relationship between prevention and treatment. *Global Public Health* 2009; 4(2): 117-130.
- ⁸⁹ Informe sobre la Consulta Internacional sobre VIH/Sida y Derechos Humanos, Ginebra, 26 al 28 de julio de 1989 (HR/PUB/90/2).
- ⁹⁰ Observación General N° 14. Op. Cit., párrafo 18.
- ⁹¹ Comité CEDAW. Recomendación General N° 24. Artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer - La mujer y la salud, 1999, parágrafo 18.
- ⁹² Comité CEDAW. Recomendación General No. 15: Necesidad de evitar la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales de acción preventiva y lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).
- ⁹³ Aprobada en una sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas en junio de 2001.
- ⁹⁴ Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 5-13 de septiembre de 1994.

- ⁹⁵ Villanueva R. Protección constitucional de los derechos sexuales y reproductivos. Revista IIDH. 2006; 43.
- ⁹⁶ Comité CEDAW. Observaciones Finales, Perú, 1998, párrafo 51.
- ⁹⁷ Comité CEDAW. Recomendación General 19. La violencia contra la mujer, 1992, párrafo 22.
- ⁹⁸ Comité CEDAW. Comunicación 4/2004, CEDAW/C/36/D/4/2004, 29 de agosto de 2006, párrafo 11.2.

“Las opiniones expresadas en este documento son de estricta responsabilidad de sus autores y no de El fondo de Población de Naciones Unidas/LACRO”



FLASOG

**Federación Latinoamericana de
Sociedades de Obstetricia y Ginecología**

PROMSEX

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos



ISBN: 9786124106071

