

EL DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Autor:
Medina, Graciela

Cita: RC D 753/2013

Tomo: 2011 3 Daños a la salud.

Revista de Derecho de Daños

Sumario:

1. Introducción y objetivos. 2. El derecho a la salud en las Convenciones sobre Derechos Humanos. 3. El derecho a la salud de las mujeres en la legislación nacional. 4. La salud materna como objetivo del milenio. 5. La perspectiva de género. 6. Derecho a la salud. 7. El derecho a la salud de las mujeres. 8. Las barreras para el acceso a la salud. 8.1. El pago del servicio como barrera del acceso a la salud materna. 8.2. La falta de información. 8.3. La falta de tiempo de la mujer. 8.4. El maltrato a las mujeres en cuestiones de salud reproductiva. 9. El derecho a que se respete su dignidad en cuestiones relativas a la salud. 10. Derecho sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. 11. La esterilización forzosa. 12. Las violaciones al derecho a la intimidad durante la atención sanitaria a las mujeres. 13. Recibir información y asesoramiento adecuados. 14. Alcance de la información. 15. Violación a la información en salud. 16. Información adecuada y suficiente. 17. La violencia obstétrica. 18. La violencia obstétrica en la legislación nacional. La Ley de Parto Humanizado. 18.1. Legitimados activos en la violencia obstétrica. 18.2. Las acciones configurativas de violencia obstétrica. 18.3. Las omisiones configurativas de violencia obstétrica. 19. La responsabilidad por violencia obstétrica. 20. Conclusión.

EL DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

1. Introducción y objetivos

El derecho a la salud es un derecho común a todos los individuos, tanto hombres como mujeres, por ello cabe preguntarse si es válido hablar del derecho a la salud de las mujeres como algo diferente al derecho a la salud de los hombres y en su caso si el derecho a la salud de las mujeres tiene un contenido distinto al derecho a la salud de los hombres siendo que ambos son seres iguales ante la ley.

No obstante que los integrantes del sexo masculino como los del sexo femenino son jurídicamente iguales, en cuanto al derecho a la salud existen diferencias que determinan que el derecho a la salud de las mujeres tenga un reconocimiento especial, específico y diferente al derecho a la salud del hombre, tanto en instrumentos internacionales como en leyes nacionales.

Justamente por la diversidad del derecho a la salud la ONU se propone como uno de los objetivos del milenio mejorar la salud materna. Adviértase que el objetivo del milenio no es la salud del hombre o de los discapacitados o de los niños sino la salud materna que es propia de las mujeres.

Por otra parte la salud, tanto de hombres y como de mujeres, tiene reconocimiento en convenciones de derechos humanos, pero la salud de las mujeres tiene un reconocimiento propio y diferente en un mayor número de convenciones.

Además en el ámbito nacional el derecho a la salud tiene múltiples leyes que lo reconocen, pero el derecho de las mujeres tiene una regulación distinta en la Ley 26.485 de Protección Integral a la Mujer.

Teniendo en cuenta lo antedicho, el primer objetivo de este trabajo va a ser identificar las convenciones de derechos humanos que aluden al derecho a la salud en general y aquellas que se refieren al derecho a la salud de las mujeres en particular.

Nuestro segundo objetivo será enumerar las leyes que reconocen el derecho a la salud en general y las normas que se refieren al derecho a la salud de las mujeres en particular.

En tercer lugar, diferenciaremos género de sexo porque para determinar por qué el derecho de las mujeres tiene una perspectiva especial hay que partir de un análisis desde una perspectiva de género.

En cuarto lugar aludiremos a problemas específicos de la salud de las mujeres y aludiremos a la salud reproductiva.

En quinto lugar, hablaremos de las principales barreras que tienen las mujeres para alcanzar el derecho a la salud.

En sexto y último lugar, hablaremos de la violencia obstétrica.

Para explicar la extensión de los conceptos nos remitiremos tanto a fallos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos [1] como a resoluciones de la Comisión Interamericana [2]; así como también a recomendaciones del Comité Cedaw [3], a los informes de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos [4], a los informes de la CEPAL [5] y a nuestra propia jurisprudencia.

2. El derecho a la salud en las Convenciones sobre Derechos Humanos

El derecho a la salud se encuentra contemplado en las siguientes convenciones de derechos humanos:

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre

Artículo XI - Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.

Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)

Artículo 10 - *Derecho a la Salud.*

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.

2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad.

b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado.

c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.

d) La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole.

e) La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud.

f) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer

Artículo 10.

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres [...] h) Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.

Artículo 11.

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo a fin de asegurar a la mujer, en condiciones de igualdad con los hombres, los mismos derechos, en particular:

e) El derecho a la seguridad social, en particular en casos de jubilación, desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otra incapacidad para trabajar, así como el derecho a vacaciones pagadas.

f) El derecho a la protección de la salud y a la seguridad en las condiciones de trabajo, incluso la salvaguardia de la función de reproducción.

Artículo 12.

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

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

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer: "Convención de Belém do Pará"

Artículo 2º - Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:

b) que tenga lugar en la comunidad y sea 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.

3. El derecho a la salud de las mujeres en la legislación nacional

El derecho a la salud en general tiene múltiples reconocimientos en la legislación argentina.

Vamos a detenernos en enumerar las normas específicas que se refieren a la salud de las mujeres.

Ley 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales

Esta ley garantiza a las mujeres expresamente el derecho a la salud en su artículo 3º que dispone: *Derechos protegidos*. Esta ley garantiza todos los derechos reconocidos por la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos de los Niños y la Ley 26.061 de Protección Integral de los derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y, en especial, los referidos a:

b) La salud.

e) Decidir sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

Por otra parte la misma ley alude indirectamente al derecho a la salud de las mujeres al referirse a las modalidades que puede asumir la violencia, concretamente dispone en el artículo 6º: *Modalidades*. A los efectos de esta ley se entiende por modalidades las formas en que se manifiestan los distintos tipos de violencia contra las mujeres en los diferentes ámbitos, quedando especialmente comprendidas las siguientes:

d) *Violencia contra la libertad reproductiva*: aquella que vulnera el derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de embarazos o el intervalo entre los nacimientos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable;

e) *Violencia obstétrica*: aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25.929.

Ley 25.929 de Parto Humanizado

La Ley de Parto Humanizado es una ley específica sobre el derecho a la salud femenino. La misma dispone en su artículo 2º: Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, tiene los siguientes derechos:

a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.

c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.

d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y posparto.

h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.

i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para

amamantar.

j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.

k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable

Por último vamos a mencionar la ley 25.673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, en cuanto dispone en su artículo 2º: "Serán objetivos de este programa [...] b) Disminuir la morbilidad materna; c) Prevenir embarazos no deseados [...] g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable".

4. La salud materna como objetivo del milenio [6]

Como ya dijimos la salud materna se ha establecido como uno de los objetivos del milenio, concretamente la ONU se ha propuesto [7]:

- Reducir un 75% la tasa de mortalidad materna entre 1990 y 2015.
- Lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

5. La perspectiva de género

El derecho a la salud de las mujeres se debe analizar desde una perspectiva de género, para lo cual debemos partir del concepto de "género". Este término se utiliza desde 1960, pero cobra mayor relevancia, en las negociaciones y documentos de Naciones Unidas, durante la última etapa de la preparación de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, de 1995; y ciertamente, fue motivo de intensas y difíciles negociaciones para lograr que se aceptara su inclusión en la Declaración y en la Plataforma de Acción de Beijing, esto es, quince años después de que la Convención fuera adoptada por la Asamblea General y abierta a la firma de los Estados. Para entender el concepto de "género", hay que partir de la base de que el término sexo identifica las diferencias biológicas y constitutivas de las mujeres y los hombres (o del macho y de la hembra, cuando se trata de animales), mientras que por *género* se entiende el conjunto de características específicas culturales que identifican el comportamiento social de mujeres y hombres y las *relaciones* entre ellos. Por tanto, el *género* no se refiere simplemente a mujeres u hombres, sino a la relación entre ellos y la manera en que se construyen socialmente.

La distinción entre sexo y género constituye un hito histórico fundamental en la lucha de las mujeres por la igualdad y la no discriminación; ya que permitió entender que la única diferencia "natural" o biológica entre mujeres y hombres se encuentra en las características físicas de sus órganos sexuales.

De esta manera, el sexo de las personas se refiere a su anatomía. Mientras que el concepto de género hace referencia a todas aquellas prácticas, valores, costumbres y tareas que la sociedad -y no la naturaleza- le ha asignado de forma distinta a cada uno de los sexos, de manera que tenemos un género femenino y un género masculino. El valor político de esta distinción es enorme, en la medida en que las tareas y responsabilidades asignadas a cada uno de los géneros son obra de la sociedad [8].

De lo ante dicho se desprende que el género es una construcción cultural, que ha sido definido con claridad al decirse que es "el conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres [...] La cultura marca a los sexos con el género y el género marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano" [9].

6. Derecho a la salud [10]

Como decíamos al inicio del presente el derecho a la salud es un derecho que está garantizado tanto a los hombres como a las mujeres.

¿Cabe preguntarse si el derecho a la salud está garantizado para todos los seres humanos porque se hace especial referencia a la salud de las mujeres? [11].

Lo que ocurre es que la salud de las mujeres es más vulnerable por un doble aspecto, en primer lugar por la

maternidad y en segundo lugar porque la sobrecarga de tareas que recaen sobre la mujer la hace más débil ya que nunca tiene tiempo para ocuparse de ella.

La protección del derecho a la integridad personal de las mujeres en el ámbito de la salud materna entraña la obligación 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 período posterior al parto y a otros servicios e información relacionados con la maternidad y la materia reproductiva a lo largo de sus vidas [12].

Según la Organización Panamericana de la Salud, 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 y 14% en los hombres, haciéndose manifiesta la brecha entre los géneros.

Es importante señalar que muchas de las complicaciones en el embarazo y parto son generalmente prevenibles. Según la Organización Mundial de la Salud, la mortalidad materna es un indicador de la disparidad y desigualdad entre los hombres y las mujeres y su extensión es un signo de la ubicación de la mujer en la sociedad y su acceso a servicios sociales, de salud y nutrición y a oportunidades económicas. En el caso de los hombres, no hay una causa única de muerte y discapacidad cuya magnitud se aproxime a la de los casos de mortalidad y morbilidad materna [13].

En Argentina, tanto a nivel nacional como provincial, se han emprendido diversos esfuerzos para abordar este desafío a través de modificaciones en sus legislaciones, políticas, programas y servicios. No obstante los esfuerzos, los informes indican que éstos aún se encuentran muy por debajo de la mejora necesaria. Así, según el informe brindado en el año 2009 por la ONU, Argentina tenía un 12% de maternidad adolescente y una tasa de mortalidad materna de 700 cada 100.000 nacidos, dicha cifra es muy alta y refleja esta grave y persistente situación que afecta a las mujeres [14].

7. El derecho a la salud de las mujeres

Como acabamos de ver -en el párrafo anterior- el derecho a la salud de las mujeres presenta características especiales tanto en razón de las particularidades de su sexo como de los problemas derivados del género.

Ello ha sido puesto de manifiesto por la Recomendación General N° 24 sobre la Mujer y la Salud, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer [15], que ha insistido en que la atención médica para la mujer debe tener en cuenta:

a) *Factores biológicos* que son diferentes para la mujer y el hombre, como la menstruación, la función reproductiva y la menopausia. Otro ejemplo es el mayor riesgo que corre la mujer de resultar expuesta a enfermedades transmitidas por contacto sexual.

b) *Factores socioeconómicos* que son diferentes para la mujer en general y para algunos grupos de mujeres en particular. Por ejemplo, la desigual relación de poder entre la mujer y el hombre en el hogar y en el lugar de trabajo puede repercutir negativamente en la salud y la nutrición de la mujer. Las distintas formas de violencia de que ésta pueda ser objeto pueden afectar a su salud. Las niñas y las adolescentes con frecuencia están expuestas a abuso sexual por parte de familiares y hombres mayores; en consecuencia, corren el riesgo de sufrir daños físicos y psicológicos y embarazos indeseados o prematuros. Algunas prácticas culturales o tradicionales, como la mutilación genital de la mujer, conllevan también un elevado riesgo de muerte y discapacidad.

c) Entre los *factores psicosociales* que son diferentes para el hombre y la mujer figuran la depresión en general y la depresión en el período posterior al parto en particular, así como otros problemas psicológicos, como los que causan trastornos del apetito, tales como anorexia y bulimia.

d) La *falta de respeto del carácter confidencial de la información* afecta tanto al hombre como a la mujer, pero puede disuadir a la mujer a obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física.

8. Las barreras para el acceso a la salud

8.1. El pago del servicio como barrera del acceso a la salud materna

El pago del servicio se convierte en un determinante para decidir si acudir o no a los servicios de salud frente a algún síntoma de riesgo durante el embarazo y/o parto, situación que afecta desproporcionadamente a las mujeres pobres reflejándose con ello la falta de apoyo estatal para las personas con escasos recursos. Así, la falta de priorización de recursos refleja la ausencia en muchos casos de perspectiva de género en las políticas públicas sobre el acceso a servicios de salud materna fundamentales.

En los tratamientos de más alto costo relacionados con la salud es donde se vislumbra el costo como una barrera de acceso a la salud.

En este orden de ideas la *falta de cobertura de los tratamientos de fertilización asistida* a las mujeres les produce un gran atentado a su salud reproductiva. Al respecto hay que tener en cuenta que la mujer sólo puede concebir en un período corto de la vida y si no se ponen a su alcance los mecanismos para superar la infertilidad durante ese período el Estado incumple con el deber de hacer posible el derecho a la salud reproductiva de la mujer.

8.2. La falta de información

La falta de información en materia reproductiva opera como otra barrera en el acceso a los servicios de salud materna debido a que impide a las mujeres adoptar decisiones libres y fundamentadas sobre su salud, y como consecuencia de ello la falta de comportamientos adecuados para la prevención y promoción de su salud y la de sus hijos.

Sobre este punto, el Comité DESC, en su Observación General 14, determinó que "la accesibilidad comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de cuestiones relacionadas con la salud" [\[16\]](#).

8.3. La falta de tiempo de la mujer

Igualmente, hay que tener en cuenta que en zonas urbanas como puede ser el conurbano bonaerense las mujeres, particularmente las mujeres pobres, *no acuden a los servicios de salud por falta de tiempo o por estar sobrecargadas de trabajo ya que las tareas del cuidado y del ingreso de recursos recaen exclusivamente en ellas*. Consecuentemente, las mujeres postergan el cuidado de salud y arriesgan con ello sus vidas.

8.4. El maltrato a las mujeres en cuestiones de salud reproductiva [\[17\]](#)

Igualmente, actitudes como la indiferencia, el maltrato y la discriminación por parte de funcionarios del sector salud que perjudican a las mujeres y niñas víctimas de violencia y/o abusos sexuales, así como la falta de servicios apropiados de salud reproductiva para abordar estas situaciones de violencia, constituyen barreras en el acceso a los servicios de salud.

9. El derecho a que se respete su dignidad en cuestiones relativas a la salud

Los atentados contra la dignidad muchas veces se producen por la insensibilidad frente al dolor, el silencio, la infantilización, los insultos, los comentarios humillantes y los malos tratos.

Especial referencia merecen las faltas a la dignidad de las mujeres que ingresan a los hospitales públicos con consecuencias de abortos inseguros, o con síntomas que generen tal sospecha, por el personal de salud. Cabe tener en consideración que en esta última situación la víctima se encuentra en una situación de gran vulnerabilidad, debido a que la penalización de esta práctica, tanto legal como socialmente, coloca a las mujeres en la disyuntiva de salvar su vida a riesgo de ser denunciadas, amenazadas o maltratadas.

Son paradigma de los insultos y humillaciones que sufren las víctimas las siguientes frases, que se oyen con regularidad de boca de los operadores de salud: "si te gustó lo dulce ahora aguántátela..." o "sacate la ropa, ¿qué?, ¿tenés vergüenza? Para abrirte no tenías..."

Los tratos crueles e inhumanos más se causan y se promueven en los casos en que los trabajadores de la salud presumen que están ante un aborto provocado [\[18\]](#), circunstancia en la que en muchas ocasiones, ex profeso, se practica el legrado en carne viva, es decir sin anestesia y a la mujer se le dicen frases tales como: "Se abren de pierna y después mirá..." Y ante las súplicas por el dolor y el pedido de calmantes para mitigarlos es común

escuchar: "No querida, ahora aguantátela mamá" o "...Ahora vienen acá y quieren que no les duela".

Al margen de los obstáculos "comunes" para el acceso a la justicia en casos de violencia de género -como las limitaciones financieras y económicas- las víctimas de los malos tratos en los servicios de salud sexual y reproductiva encuentran obstáculos especiales en todas las fases de la administración de la justicia penal.

La pérdida de intimidad, sumada a la posibilidad de sufrir humillaciones en caso de que se revelen determinados actos, logra que las mujeres oculten que han sido objeto de torturas o malos tratos.

Si los malos tratos se originan por un aborto inseguro, las mujeres ni se plantean la posibilidad de denunciar cómo fueron atendidas. Ello por el temor a la denuncia penal, al arresto y las consecuencias de la criminalización [19].

Por último en aquellos lugares alejados o zonas rurales, las mujeres se disuaden de realizar las denuncias por temor de perder la posibilidad de seguir usando ese "único" prestador.

Para solucionar este tipo de problemas la CIDH recomendó la adopción de medidas tendientes a respetar los derechos de las mujeres en los servicios públicos de salud, tales como: capacitar en derechos humanos a los proveedores de salud, desarrollar mecanismos para erradicar el encubrimiento de delitos en los establecimientos de salud y establecer en los hospitales y centros de salud oficinas de quejas, entre otras [20].

10. Derecho sobre la vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos, de conformidad con la Ley 25.673 de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

El derecho de la mujer sobre su vida reproductiva, número de embarazos y cuándo tenerlos parte de la base del reconocimiento del derecho de la mujer sobre su propio cuerpo, su carácter de derecho personalísimo y como tal ajeno a toda consulta al cónyuge o a la pareja estable para su ejercicio, y la propuesta de derogación de todas las normas que exijan autorización judicial para la ligadura de trompas [21].

El tema de la vida reproductiva de la mujer ha tenido un gran desarrollo en relación con los métodos anticonceptivos y con la esterilidad, cuyos costos han sido puestos dentro del PMO.

Falta desarrollar en la Argentina el tema de la fecundación asistida ya que nadie puede discutir ni que la esterilidad es una enfermedad, ni que ella perjudica más a las mujeres que a los hombres, ya que mientras los segundos pueden concebir sin límite de edad, las primeras sólo pueden hacerlo en un breve período de su vida, denominado edad fértil, que va desde la edad en que se supera la pubertad hasta los 40 años.

El problema de la infertilidad está aceptado como "enfermedad" por la Organización Mundial de la Salud y como "tragedia" por médicos, biotécnicos y juristas. Si el sistema de salud no cubre los costos de las técnicas de fecundación asistida, sólo las personas que pueden pagarlas en forma particular pueden acceder a ellas y a quienes no tienen los medios para hacerlo, el único remedio que se les reconoce es el de la "resignación", lo que de ningún punto de vista puede compatibilizarse con el derecho a la salud.

Esta situación, de por sí injusta, ha llevado a que los particulares, y en especial las mujeres, recurran a los tribunales solicitando que se obligue a las empresas de medicina prepaga y a las obras sociales a pagar los costos de estos tratamientos. En estos casos los jueces han aceptado que el derecho a la fecundación se encuentra garantizado por las leyes de salud reproductiva.

Este fundamento es utilizado por tribunales federales y nacionales, quienes entienden que las normas de fecundación asistida no agotan su finalidad en la satisfacción de aspectos vinculados a la prevención y a la atención primaria de la salud; por el contrario, ellas consagran un claro mandato en materia de protección y promoción integral de la salud reproductiva, entre las cuales se encuentra el deber de auxiliar la enfermedad mediante las técnicas de fecundación asistida [22].

En tal orden de ideas, se ha sostenido que "Corresponde hacer lugar a la acción de amparo impetrada por una afiliada a efectos de obtener de su obra social la cobertura del tratamiento de fecundación in vitro prescripto por su médico, pues el artículo 6° de la ley 13.066 de la Provincia de Buenos Aires impone a las obras sociales incorporar dentro de su cobertura las prestaciones médicas y farmacológicas sobre métodos conceptivos, y la falta de reglamentación sobre los métodos de fertilización asistida no justifica la denegatoria de la cobertura de los mismos" [23].

Otra forma de violencia contra la libertad reproductiva la constituye el negarle el acceso a las técnicas de fecundación asistida que permitan acceder a la maternidad en caso de que existan problemas en la salud reproductiva de la mujer.

La protección a la salud reproductiva no puede limitarse a asegurar todos los tratamientos médicos anticonceptivos sin garantizar de igual forma los tratamientos de fecundación asistida.

Una interpretación contraria llevaría a sostener que el Estado sólo garantiza la imposibilidad de concebir, pero no la de concebir. Lo que sería tanto como afirmar que la política de salud pública argentina con respecto a la concepción consiste en financiar todas las formas de evitar la fecundación -desde las más simples hasta las más costosas operaciones (como la ligadura de trompas de Falopio y la vasectomía, ley 26.130 reglamentada por la resolución de la Superintendencia de Salud 755/2006)-, pero no se costean los tratamientos de asistencia a la fecundación, es decir que se da cobertura a la concepción por formas naturales porque son las más baratas.

Un análisis integral de todas las normas, y en especial de la ley de salud reproductiva y de la ley 26.485, lleva a concluir que así como se protege y financia económicamente la libertad de no concebir, mediante el pago de todo tipo de tratamientos anticonceptivos, sin limitarse a la contracepción natural, también se debe garantizar el derecho a concebir mediante el acceso a las técnicas de fecundación asistida, cuando la concepción natural no es posible [\[24\]](#).

Constituye una eugenesia económica reconocer el derecho a la reproducción asistida sólo a quienes pueden pagar el tratamiento, ya que tanto es eugenesia prohibir la concepción en razón de la raza, como de la religión, como en razón del nivel de ingreso, y es tanto o más reprochable impedir la reproducción por razón del color de la piel como por el status económico [\[25\]](#).

Para resumir el tema de la salud sexual y reproductiva un cuadro aclarará la situación.

11. La esterilización forzosa

Cuando un programa de planificación familiar pierde su carácter voluntario y convierte a la mujer simplemente en un objeto de control para ajustar el crecimiento demográfico, el programa pierde su razón de ser y se transforma en un peligro de violencia y discriminación directa contra la mujer.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su informe del año 2010 sobre la salud materna consideró que una campaña de divulgación de métodos de planificación familiar es una acción positiva, siempre que se refiera a una planificación familiar que tenga un carácter voluntario [\[26\]](#).

Existen Estados como Perú que han sido condenados por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos por la esterilización forzosa de algunas mujeres.

En el caso "Mamérita Mestanza c/Perú", la CIDH analizó un caso representativo de un número significativo de mujeres afectadas por una política gubernamental de carácter masivo, compulsivo y sistemático, que enfatizó la esterilización como método para modificar rápidamente el comportamiento reproductivo de la población, especialmente de mujeres pobres, indígenas y de zonas rurales. La señora Mestanza, mujer campesina de unos 33 años de edad y madre de 7 hijos, fue acosada por parte del sistema público de salud para que se esterilizara.

A partir de amenazas de denunciarla por tener más de 5 hijos, se logró su consentimiento para un procedimiento de ligadura de trompas que tuvo lugar sin haberse efectuado examen médico. La víctima fue dada de alta aun cuando presentaba serias anomalías, falleciendo días después. Su esposo denunció penalmente al jefe del centro de salud, pero jamás fue procesado.

El caso llegó a la Comisión de Derechos Humanos y hubo una resolución amistosa con el Estado peruano, el que reconoció su responsabilidad internacional por violación de la Convención Interamericana y de la Convención de Belém do Pará. Se comprometió a realizar una investigación exhaustiva de los hechos y la sanción de los responsables, tanto a nivel administrativo como penal, incluyendo las acciones ante los respectivos colegios profesionales [27].

Además, entre otras medidas, se comprometió a adoptar políticas públicas sobre salud reproductiva y planificación familiar, así como a impulsar modificaciones legislativas con el objetivo de eliminar cualquier enfoque discriminatorio en temas de salud reproductiva y planificación familiar, respetando la autonomía de las mujeres [28].

12. Las violaciones al derecho a la intimidad durante la atención sanitaria a las mujeres

El derecho a la intimidad de las mujeres puede ser violado de múltiples maneras. Sobre este tema es ilustrativo el estudio realizado por el Observatorio de Salud, Género y Derechos Humanos cuando llega a conocimiento de Ingsenar y Cladem los malos tratos recibidos por una joven en un servicio de salud reproductiva de la ciudad de Rosario.

A partir de allí se inició un estudio del tema sobre la base de las declaraciones de pacientes femeninas atendidas en hospitales públicos.

De la información recogida surgió que las mujeres en sus consultas ginecológicas u obstétricas habían sido víctimas de *vulneración del derecho a la intimidad por la intromisión no consentida en su privacidad mediante la exhibición y/o revisión masiva del cuerpo y los órganos genitales*.

En múltiples ocasiones las mujeres son revisadas por un médico y un grupo de practicantes y estudiantes, sin ninguna explicación, ni respeto por su pudor y sin ser consultadas sobre si están de acuerdo en ser escrutadas, palpadas, e investigadas, en lugares sin ningún tipo de privacidad por múltiples personas. Quienes además muchas veces realizan comentarios burlescos entre ellos. Transcribiremos un testimonio que ayuda a comprender la magnitud de la humillación: "...me metieron mano más o menos 13 estudiantes, sentí vergüenza, bronca, me tapaba la cara con la sábana para que no me miraran" [29].

13. Recibir información y asesoramiento adecuados

El derecho a recibir información ha sido expresamente reconocido por la Ley de Protección Integral a la Mujer.

La información en materia de salud debe ser presentada en una forma accesible y asegurando que esté disponible en todas las provincias, sobre todo en aquellas más pobres o con una realidad indiana más importante.

Las maneras de lograr que la información sea accesible incluyen su traducción a idiomas locales, el uso de formatos orales y escritos, e idiomas para no videntes, su adaptación a la forma de hablar de las comunidades y el desarrollo de materiales para grupos específicos de la sociedad (por ej., las adolescentes).

14. Alcance de la información

El derecho a la información que regula la ley supone plena información y asesoramiento adecuado a la situación personal de las mujeres. De este modo, la información sobre la protección y seguridad, sobre los derechos y ayudas y la relativa a los recursos de prestación de servicios de atención, emergencia, apoyo y recuperación integral deben encontrarse accesibles para estas mujeres. Además, esta información debe facilitarse por los medios y soportes adecuados para que mujeres con discapacidad o que tengan más dificultades por sus circunstancias personales y sociales puedan acceder a la misma.

15. Violación a la información en salud

En muchas áreas no se suministra a la mujer la información adecuada, una de ellas es en materia de salud y en especial en salud reproductiva.

A las pacientes se les realizan prácticas en muchos casos sin previa consulta, en otras ocasiones sin que se le brinde información sobre el estado de su salud, ni sobre las características de las intervenciones que se le realizarán. En consecuencia se le niega toda posibilidad de tomar decisiones alternativas, en algo tan íntimo y personal como es su salud, sexual y reproductiva.

De las declaraciones del Reporte de DD. HH., Rosario, 2003, surgen frases como "firma acá", "te tengo que ligar las trompas", "te tengo que hacer cesárea", sin que estas locuciones vayan acompañadas de ninguna información adecuada.

16. Información adecuada y suficiente

Para determinar qué se entiende por información adecuada y suficiente hay que estar a lo dispuesto por el decreto reglamentario 1011/2010, que estableció: "Se considera adecuada la información o asesoramiento, el que se brinda de manera detallada, suficiente, acorde a las condiciones subjetivas de la solicitante y a las circunstancias en las que la información o el asesoramiento son solicitados, y en el lenguaje y con la claridad necesaria que permita su comprensión".

17. La violencia obstétrica

La violencia obstétrica es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la ley 25.929.

18. La violencia obstétrica en la legislación nacional. La Ley de Parto Humanizado [\[30\]](#)

La primera ley nacional que se ocupa del tema de la violencia obstétrica es la 25.929 conocida también con el nombre de Ley de Parto Humanizado. En ella se establece que toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el posparto, tiene los siguientes derechos: a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas. b) *A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.* c) *A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.* d) *Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.* e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales. f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética. g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y posparto. h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales [\[31\]](#).

Cabe señalar que el incumplimiento de las obligaciones emergentes de la ley 25.929, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder [\[32\]](#).

Entendemos por violencia obstétrica toda conducta, acción u omisión, realizada por personal de la salud que de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, *afecte el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales.*

El concepto de violencia obstétrica que tiene la ley de Venezuela es el de "apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por personal de salud, que se expresa en un trato deshumanizador, en un abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, trayendo consigo pérdida de autonomía y capacidad de decidir libremente sobre sus cuerpos y sexualidad, impactando negativamente en la calidad de vida de las mujeres" [33].

18.1. Legitimados activos en la violencia obstétrica

Este tipo de violencia sólo puede ser ejercida por "el personal de la salud". Una lectura simple de la norma podría hacer pensar que se limita a quienes se desempeñan en el servicio ginecológico u obstétrico de un hospital o clínica, sin embargo el ámbito de los legitimados activos es más amplio.

Entendemos que deben considerarse legitimados activos para producir violencia obstétrica:

- a) Todo el personal que trabaja en un servicio de asistencia sanitaria, tanto profesionales (médicos/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as) como colaboradores: mucamas/os, camilleros/as, personal administrativo, etcétera.
- b) Todos los trabajadores de los servicios públicos o privados, que operen en los centros de salud.
- c) Quienes trabajan en los cuerpos médicos forenses de los ámbitos provinciales, municipales o nacionales.
- d) Aquellos que prestan servicios de perito legista en forma particular.
- e) Quienes trabajan como médicos laborales internos de las empresas, u organismos del Estado.
- f) Las personas que se desempeñen en el área migratoria o de las policías aduaneras y deban revisar a las mujeres que ingresen al país, por ejemplo, en el caso que se sospeche que sea portadora de drogas.

18.2. Las acciones configurativas de violencia obstétrica

Somos conscientes de la imposibilidad de la realización de una enumeración exhaustiva de todas las conductas que pueden producir violencia obstétrica. Sin ánimo de agotar el tema y sólo a título ejemplificativo enunciaremos algunas de las conductas que surgen claras de la armonización de la Ley 25.929 de Parto Humanizado y de la ley 26.485.

Las acciones configurativas de violencia obstétrica pueden ser físicas o psíquicas:

Violencia obstétrica física. Se configura cuando se realizan a la mujer prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer, o cuando no se respetan los tiempos ni las posibilidades del parto biológico.

Violencia obstétrica psíquica.

- Incluye el trato deshumanizado, grosero, la discriminación, humillación, cuando la mujer va a pedir asesoramiento, o requiere atención, o en el transcurso de una práctica, obstétrica.
- Comprende también la omisión de información sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

18.3. Las omisiones configurativas de violencia obstétrica

Falta de anestesia en los legrados. Una de las conductas omisivas más frecuentes en violencia obstétrica está constituida por la omisión de anestesia cuando se realiza un legrado ante la sospecha de un aborto autoprovocado.

Omisión de información sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.

Omisión de intimidad. Cabe recordar que la Ley de Parto Humanizado garantiza la intimidad durante todo el proceso asistencial, la que lógicamente debe ser prestada dentro de los medios con los que se cuentan.

El decreto reglamentario 1011/2010 estableció: "Se considera trato deshumanizado el trato cruel, deshonroso, descalificador, humillante o amenazante ejercido por el personal de salud en el contexto de la atención del embarazo, parto y posparto, ya sea a la mujer o al/la recién nacido/a, así como en la atención de complicaciones de abortos naturales o provocados, sean punibles o no.

"Se considera personal de salud a los efectos de la ley que se reglamenta, a todo aquel/la que trabaja en un

servicio, se trate de los/as profesionales (médicos/as, enfermeros/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as, obstétricas/os, etc.) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo o de maestranza.

"Las mujeres que se atienden en las referidas instituciones tienen el derecho a negarse a la realización de las prácticas propuestas por el personal de salud.

"Las instituciones del ámbito de la salud pública, privada y de la seguridad social deben exponer gráficamente, en forma visible y en lenguaje claro y accesible para todas las usuarias, los derechos consagrados en la ley que se reglamenta".

19. La responsabilidad por violencia obstétrica

El incumplimiento de las obligaciones emergentes de la ley 25.929, por parte de las obras sociales y entidades de medicina prepaga, como así también el incumplimiento por parte de los profesionales de la salud y sus colaboradores y de las instituciones en que éstos presten servicios, será considerado falta grave a los fines sancionatorios, de acuerdo a lo establecido por el artículo 6° de la ley 25.929, sin perjuicio de la responsabilidad civil o penal que pudiere corresponder.

20. Conclusión

Somos conscientes de la crisis por la que pasa el sistema de salud, de la carencia de infraestructuras adecuadas, de la escasez de recursos, de la exigüidad de los presupuestos, de la insuficiencia de personal y de la insuficiencia del apoyo tecnológico, pero pensamos que su extrema gravedad no justifican los malos tratos en un régimen jurídico basado en el respeto a los derechos humanos, ya que ninguna miseria da derechos a dañar y menos a lesionar por el género en lo sexual o reproductivo y sin lugar a dudas producido el daño, éste debe ser reparado.

Por las características del daño a la salud reproductiva muchas veces se ampliará el espectro de los legitimados para su reclamo. Así cabe señalar que no sólo la mujer puede reclamar el daño sufrido por una esterilización forzosa sino que también el marido se encuentra legitimado para hacerlo por el daño a su proyecto de vida.

- [1] La Corte Interamericana de Derechos Humanos, con sede en San José Costa Rica, es una institución judicial autónoma de la Organización de los Estados Americanos, cuyo objetivo es la aplicación e interpretación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y de otros tratados concernientes al mismo asunto, y fue establecida en 1979.
- [2] Con el fin de salvaguardar los derechos esenciales del hombre en el continente americano, la Convención instrumentó dos órganos competentes para conocer de las violaciones a los derechos humanos: la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.
- [3] El artículo 21 de la CEDAW establece que el Comité podrá hacer sugerencias y recomendaciones de carácter general, entre las recomendaciones realizadas se destaca la N° 19, aprobada en su 11er período de sesiones en 1992, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer exploró el tratamiento de la violencia de motivación sexual en los diversos artículos de la Convención, y en la N° 24 (20° período de sesiones, 1999) analizó el artículo 12 de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer.
- [4] Entre los informes de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos cabe hacer especial referencia al del 7 junio 2010: Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos.
- [5] La CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) es una de las cinco comisiones regionales de las Naciones Unidas y su sede está en Santiago de Chile. Se fundó para contribuir al desarrollo económico de América Latina, coordinar las acciones encaminadas a su promoción y reforzar las relaciones económicas de los países entre sí y con las demás naciones del mundo. Posteriormente,

su labor se amplió a los países del Caribe y se incorporó el objetivo de promover el desarrollo social, tiene entre otros objetos, promover la generación y uso de información estadística internacionalmente comparable, exacta, oportuna y pertinente para la formulación, seguimiento y evaluación de políticas de desarrollo económico, social y ambiental en la región.

- [6] <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/maternal.shtml>.
- [7] Los ocho objetivos de desarrollo del milenio, que abarcan desde la reducción a la mitad de la extrema pobreza, hasta la detención de la propagación del VIH/Sida y la consecución de la enseñanza primaria universal para el 2015, constituyen un plan convenido por todas las naciones del mundo y todas las instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial. Los objetivos han reavivado esfuerzos sin precedentes para ayudar a los más pobres del mundo.
- [8] Para profundizar en los conceptos teóricos sobre la perspectiva de género, puede consultarse el curso autoformativo en línea del IIDH: Herramientas básicas para integrar la perspectiva de género en organizaciones que trabajan derechos humanos, en www.iidh.ed.cr/cursosIIDH. Visitado: 20-6-2008.
- [9] LAMAS, Marta, *Cuerpo: diferencia sexual y género*, Taurus, México, 2002.
- [10] El derecho a la salud está contemplado en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, artículo XI. Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador), artículo 10. Derecho a la salud. 1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: a) la atención primaria de la salud, entendiéndose como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; b) la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; c) la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; d) la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; e) la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y f) la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.
- [11] Ver al respecto el informe producido en junio de 2010 por la Relatoría de Los Derechos de la Mujer, en *Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos*.
- [12] Véase Convención Americana sobre Derechos Humanos, artículo 5º, en relación con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículos 10 y 12; Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 14; Naciones Unidas, Asamblea General, El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/61/338, 13-9-2006. Organización Panamericana de la Salud, *Salud en las Américas*, vol. I, Regional, Publicación científica y técnica, N° 622, 2007, p. 65. Disponible en: <http://www.paho.org/hia/vol1regionalcap6.html>. Según la Organización Panamericana de la Salud (*Salud en las Américas cit.*, vol. I, ps. 366-367) se entiende por acceso a los servicios de salud la posibilidad de obtener atención cuando se la necesita. Así, la accesibilidad, en última instancia, se manifiesta en la posibilidad de utilización de los servicios de salud por determinados grupos de población que a priori podrían suponerse desfavorecidos. WHO, *Reduction of maternal mortality: A joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement*, World Health Organization, Geneva, 1999 (traducción de la Secretaría).
- [13] WHO, *Reduction of maternal mortality: A joint WHO/UNFPA/UNICEF/World Bank Statement cit.* Naciones Unidas, Asamblea General, El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental *cit.*, párr. 9.

-
- [14] Ni una más del dicho al hecho: ¿Cuánto falta por recorrer? Únete para poner fin a la violencia contra las mujeres.
- [15] 20º período de sesiones, 1999, Naciones Unidas, Documento A/54/38, Rev. 1, párr. 12.
- [16] Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y El Caribe, El derecho a la salud y los objetivos de desarrollo del milenio, Cap. V, p. 154. Disponible en Internet: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/1/21541/capitulo5.pdf>; Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General 24, La mujer y la salud, párrs. 20 y 12, iv.
- [17] <http://cidh.org/women/aaludmaterna10Sp/saludmaternaindice.htm>.
- [18] Aunque en muchos casos puede ser un aborto natural, la sola presunción de que se trate de un aborto autoprovocado da lugar a estas reacciones. Al respecto son ilustrativos los testimonios dados en el libro *Con todo al aire 2*, ps. 39 a 59 y www.insgenar.org.ar/observatorio.
- [19] Cabe recordar que a partir de la reforma del Código Procesal Penal numerosos precedentes resolvieron que debía instruirse sumario criminal a la mujer que prefería no morir y acudir al hospital público, para salvar su vida, para la averiguación del hecho contemplado en el art. 193 del Código, dejando de lado lo dispuesto por la CNFed.CC, en pleno, 26-8-66, "Natividad Frías", aunque en la actualidad, hay jurisprudencia que en el caso del aborto provocado la mujer busca auxilio médico porque se siente herida en su organismo, a veces con verdadero peligro de muerte y que su presencia ante el médico, para tratar el aborto, que si bien provocó, no puede controlar, en sus últimas consecuencias, implica mostrar su cuerpo, descubrirse en su más íntimo secreto, confesar su delito, y no puede ser inculpada, nadie está obligado a declarar contra sí mismo, y no podría negarse que, en tales casos, la obligación es urgida por el derecho a vivir. La evolución jurisprudencial puede consultarse en El valor de las decisiones judiciales para evitar la violencia contra la mujer. Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y Argentina sobre derechos humanos de las mujeres, en Revista de Derecho de Familia y de las Personas, N° 1, setiembre de 2009, La Ley.
- [20] <http://cidh.org/women/saludmaterna10Sp/saludmaternacap2.sp.htm>.
- [21] Primer Congreso Internacional de Derecho y Familia, Bahía Blanca, junio de 2005.
- [22] Ésta es la solución aceptada por cuatro de los seis tribunales contencioso administrativos de la ciudad de Mar del Plata, según se afirma en la sentencia dictada por la CCAdm. de Mar del Plata, 2009, "R., N. B. c/IOMA", L. L. B. A. 2009 (diciembre), 1242; IMP 2010-3-300; JCAdm. y Trib. N° 5 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 24-11-2009, "P., M. E. y otros c/Osba", L. L. CABA, 2010 (febrero), 114; Cámara en todos los fueros de San Martín de los Andes, 17-6-2009, "D. I. B. c/Instituto de Seguridad Social del Neuquén", L. L. Patagonia; CCAdm. de San Martín, 30-12-2008, "Q. M. T. c/IOMA", L. L. Online; JCAdm. y Trib. N° 6 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 20-11-2007, "A., M. R. y otros c/Obra Social de la Ciudad de Buenos Aires", L. L. del 17-12-2007, 12; L. L. 2008-A-148; IMP 2008-1-96; L. L. del 27-2-2008, con nota de María Soledad Webb; L. L. 2008-B-152, con nota de María Soledad Webb; D. J. del 28-5-2008, 300; D. J. 2008-II-300.
- [23] CCAdm. de San Martín, 30-12-2008, "Q. M. T. c/IOMA", L. L. Online.
- [24] De mi voto en disidencia en la causa 9440/2008, CNFed.CC, sala III, 2-3-2010, "R. V. C. y otros c/Galeno SA s/Sumarísimo".
- [25] Ver mi voto en la causa 9440/2008, CNFed.CC, sala III, 2-3-2010, "R. V. C. y otros c/Galeno SA s/Sumarísimo".
- [26] Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos, junio de 2010.
- [27] Mamérita Mestanza, una campesina indígena de 33 años, vivía con su esposo y sus siete hijos en el distrito La Encañada, Provincia y Departamento de Cajamarca. Desde 1996, el personal del centro de

salud de La Encañada presionaba constantemente a Mamérita para que se esterilizara; según el centro de salud, existía una ley que ordenaba el encarcelamiento y el pago de una multa a quien tuviera más de cinco hijos. Luego de cerca de diez visitas domiciliarias intimidatorias de funcionarios del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 del gobierno de Fujimori, Mamérita Mestanza accedió a la ligadura de trompas sin ser informada sobre las consecuencias y riesgos de la operación. El 27 de marzo de 1998 se somete a la operación y ocho días después fallece, el 4 de abril, a consecuencia de una infección posoperatoria, por falta de atención médica, pese haberla solicitado en más de cinco ocasiones. El esposo de Mamérita denuncia el caso ante la Fiscalía Penal de Cajamarca. El 18 de mayo la fiscal provincial de Baños del Inca denuncia a cuatro personas por el delito contra la vida y la salud en figura de homicidio culposo en perjuicio de Mamérita. Luego de archivamientos y apelaciones, el 16 de diciembre de 1998 el fiscal provincial de Baños del Inca resuelve el archivo definitivo del caso por no haberse formalizado una denuncia penal. El 15 de junio de 1999 el caso es llevado a la CIDH/OEA por Demus, Aprodeh, Cejil, Crlp (actual CRR) y Cladem, y el 3 de octubre de 2000 se aprueba el informe de admisibilidad del mismo, para seguir con el análisis de fondo de la cuestión, referida a las violaciones de la Convención Americana y a la Convención de Belém do Pará. El 2 de marzo de 2001, durante el 110º período ordinario de sesiones de la CIDH, se convino en un acuerdo previo de solución amistosa. El 26 de agosto de 2003 se suscribe el acuerdo de solución amistosa, mediante el cual el Estado reconoció su responsabilidad en la violación de los derechos de Mamérita Mestanza y se obligó a adoptar medidas de reparación en beneficio de las víctimas; investigar y sancionar a los responsables en el fuero común; y adoptar medidas de prevención para evitar que estos hechos se repitieran en el futuro.

- [28] CIDH, informe N° 71/2003, petición 12.191, solución amistosa, 10-10-2003, "María Mamérita Mestanza Chávez c/Perú", citado por PARRA VERA, Oscar, El derecho a la salud desde la perspectiva de género, publicado en el libro del IIDH, Interpretación de los principios de igualdad y no discriminación para los derechos humanos de las mujeres en los Instrumentos del Sistema Interamericano, Costa Rica, 2009.
- [29] Testimonio extraído del Reporte Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en Hospitales Públicos, Rosario, 2003.
- [30] COLOMBO, Graciela; YNOUB, Roxana C. y VENERANDA, Luciana et al., Violencia familiar contra la mujer en las etapas de embarazo, parto y puerperio: la mirada de los profesionales de un servicio público de maternidad y obstetricia, en Rev. Argent. Sociol. (online), jul./dic. 2006, vol. 4, N° 7 (citado 15-10-2009), ps. 73-98. Disponible en www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-32482006000200004&lng=es&nrm=iso.
- [31] Art. 2º de la ley 25.929.
- [32] Art. 8º de la ley 25.929.
- [33] La violencia obstétrica es, desde la promulgación de la ley, un delito que se penaliza con multas de 250 a 500 unidades tributarias (de 9,4 millones de bolívares a 18,8 millones de bolívares), además del procedimiento disciplinario que apliquen los organismos gremiales correspondientes.