



EL ESTADO COMO “APARATO REPRODUCTOR” DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y TORTURA U OTROS MALOS TRATOS EN ÁMBITOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

AMNISTÍA
INTERNACIONAL



Amnistía Internacional es un movimiento global de más de 7 millones de personas que trabajan por un mundo en el que todas las personas disfrutan de todos los derechos humanos.

Nuestra visión es la de un mundo en el que todas las personas disfrutan de todos los derechos humanos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en otras normas internacionales de derechos humanos.

Somos independientes de todo gobierno, ideología política, interés económico y credo religioso. Nuestro trabajo se financia en gran medida con las contribuciones de nuestra membresía y con donativos.



Amnesty International Publications

Publicado originalmente en 2016 por Amnesty International Publications
International Secretariat
Peter Benenson House
1 Easton Street
London WC1X 0DW
Reino Unido
www.amnesty.org

© Amnesty International Publications 2016

Índice: AMR 01/3388/2016
Idioma original: español.

Edición española a cargo de:
Oficina Regional de Amnistía Internacional
para las Américas.
Luz Saviñón 519.
03100 Ciudad de México. Distrito Federal
México.

Todos los derechos reservados. Esta publicación tiene derechos de autor, si bien puede ser reproducida por cualquier medio, sin pago de tasas, con fines educativos o para llevar a cabo acciones de protección y promoción de los derechos humanos, pero no para la venta. Los titulares de los derechos de autor solicitan que se les comuniquen los usos mencionados con el fin de evaluar sus efectos. Para la reproducción de este texto en cualquier otra circunstancia, su uso en otras publicaciones o su traducción o adaptación, deberá obtenerse el permiso previo por escrito de la editorial, y podrá exigirse el pago de una tasa.

Foto de portada: Marcha para conmemorar el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Santo Domingo, República Dominicana, 25 de noviembre de 2014. © Erika Santelices.

ÍNDICE

RESUMEN.....	5
METODOLOGÍA.....	11
AGRADECIMIENTOS.....	12
1. CUANDO LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES LA GENERA EL PROPIO ESTADO.....	13
2. ALGUNOS EJEMPLOS DE VIOLENCIA INSTITUCIONAL Y DE TORTURA U OTROS TRATOS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES EN EL CONTEXTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.....	17
Legislaciones que producen violencia contra las mujeres y tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes.....	18
Prácticas estatales que producen violencia contra las mujeres y en ocasiones tortura u otros malos tratos.....	25
3. CONSECUENCIAS: EL ESTADO COMO UN “APARATO REPRODUCTOR” DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES.....	41
Maltrato y denegación de servicios en la institución de salud: Violación del derecho a la vida, integridad y salud.....	42
Violación del deber de confidencialidad médica: Violación del derecho a la intimidad y privacidad.....	44
Las consecuencias en la familia: Violación del derecho a la integridad y a la vida familiar.....	48
Imposición de ciertas concepciones morales o religiosas.....	50
Violación del derecho a la igualdad: Estereotipos de género y discriminación múltiple contra las mujeres.....	58
4. LOS ESTÁNDARES DE DERECHOS HUMANOS.....	61
Violaciones de los derechos sexuales y reproductivos como violencia contra las mujeres (violencia institucional).....	62
Violaciones de los derechos sexuales y reproductivos como tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes.....	66
Violaciones específicas de los derechos reproductivos como tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes.....	75
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	80

RESUMEN

La reciente emergencia sanitaria internacional declarada por la Organización Mundial de la Salud tras detectar “el explosivo” crecimiento de los casos del virus Zika en América Latina y el Caribe,¹ ha demostrado la necesidad de centrar el debate sobre derechos sexuales y reproductivos en la región y las enormes falencias existentes. En especial, dada la posible relación del virus con la microcefalia en bebés nacidos de mujeres infectadas y por la posible transmisión por vía sexual.

Algunos países de la región han recomendado a sus mujeres no embarazarse por algún tiempo.² Esta recomendación es no solo irrisoria, pero insultante en un contexto regional donde más de la mitad de los embarazos no han sido deseados o planificados. Esto debido a elevadísimos índices de violencia sexual, así como de demanda insatisfecha de anticoncepción y por patrones culturales que siguen priorizando el rol de la mujer-madre. A esto se suma que el 97% de las mujeres de América Latina y el Caribe en edad reproductiva viven en países donde el acceso a aborto seguro está severamente restringido por ley. Como siempre sucede en ésta, la región más desigual del mundo, la necesidad insatisfecha de servicios de salud sexual y reproductiva afecta de manera desproporcionada a las personas que viven en situación de pobreza y marginalización.

Por otro lado, esta recomendación es también discriminatoria; poniendo la responsabilidad exclusivamente en las mujeres sin mencionar el papel que juegan los hombres en los embarazos o las múltiples barreras que los propios sistemas de salud ponen a las mujeres para poder elegir si quieren o no tener hijos/as, cuándo y cuántos. Y es por eso que esta recomendación; así como todo el debate en torno al Zika, es una muestra clara de los nocivos estereotipos y prejuicios persistentes en toda la región acerca del rol reproductivo de las mujeres y el poder del Estado para imponerlos, generando una forma de violencia contra las mujeres perversa y sistemática, tema central de este informe.

¹ Ver Organización Mundial de la Salud, Reunión del comité de emergencia sobre el virus Zika, disponible en http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11640%3A2016-who-statement-on-1st-meeting-ihc-2005-emergency-committee-on-zika-virus&Itemid=135&lang=es&hootPostID=1c9c5791ea6d35f9c39b93deda30c20f.

² Ver por ejemplo “Ante epidemia de Zika, Gobierno recomienda evitar los embarazos en zonas afectadas,” Noticias Colombianas (online), Disponible en <http://www.noticiascolombianas.com.co/index.php/226371/ante-epidemia-de-zika-gobiernorecomienda-evitar-los-embarazos-en-zonas-afectadas>; “El Salvador Advises Women to Avoid Pregnancy for 2 Years Due to Zika Outbreak,” ABC News, January 26, 2016, disponible en <http://abcnews.go.com/Health/el-salvador-adviseswomen-avoid-pregnancy-years-due/story?id=36524952>; “Jamaica advises women to delay pregnancy due to Zika virus,” Associated Press, January 18, 2016; disponible en <http://bigstory.ap.org/article/6bdf0c8fe734934b57418a1d8d7d7d2/jamaica-advises-women-delaypregnancy-due-zika-virus>; “Panamá: piden aplazar embarazos en comarca indígena por Zika,” Terra Noticias (online), 26 de Enero, 2016 disponible en <http://noticias.terra.com/mundo/latinoamerica/panama-piden-aplazarembarazos-en-comarca-indigena-por-zika,5b14d2a7a6f1572732c9277e9bd7e5c516vap4qb.html>; “Brazil warns women not to get pregnant as Zika virus is linked to rare birth defect,” The Guardian, December 4, 2015; disponible en <http://www.theguardian.com/global-development/2015/dec/04/brazilzika-virus-pregnancy-microcephaly-mosquito-rare-birth-defect>.

Hace años que Amnistía Internacional suma su voz a la de cientos de organizaciones de mujeres de toda la región, exigiendo la erradicación de la violencia contra las mujeres. Todas las violaciones a los derechos humanos descritas en este informe son visibilizadas y atendidas permanentemente por organizaciones que luchan por los derechos de las mujeres a nivel nacional, regional e internacionalmente. Los movimientos por los derechos de las mujeres y la justicia de género en América Latina y el Caribe son cada vez más fuertes, más organizados, más sofisticados en sus análisis sobre derechos y más efectivos en sus esfuerzos de incidencia.

Este debate en torno al virus Zika refuerza el mensaje central que Amnistía Internacional desarrolla en este informe: la violencia contra las mujeres no va a erradicarse si los Estados de la región no modifican legislaciones, políticas públicas y prácticas discriminatorias en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Si bien la discriminación contra las mujeres es patente en casi todos los ámbitos de la vida, en los sexuales y reproductivos alcanza matices escandalosos. Es en la regulación de la sexualidad y la reproducción de las mujeres donde con más nitidez se evidencian los estereotipos y prejuicios de género, la concepción del rol que la mujer debería jugar en la sociedad, que es impuesto a todas las mujeres a través de legislaciones y prácticas fuertemente discriminatorias.

Este informe argumenta que estas normas discriminatorias, además de violar múltiples derechos humanos, producen violencia contra las mujeres, y constituyen tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Para llegar a esta conclusión, el informe parte de un análisis del contexto de violencia de género persistente en toda la región y sobre la que los Estados no han demostrado el compromiso político requerido para combatirla y erradicarla. En este informe, Amnistía Internacional argumenta que los Estados no sólo fallan en la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres a manos de terceros, sino que son ellos mismos generadores de violencia institucional.

La parte central del informe la conforman los casos paradigmáticos de ocho países de la región con los cuales ilustramos cómo los Estados son generadores de violencia contra las mujeres y niñas. A través de las historias de vida de Rosaura, Tania, Teodora, Mónica, Mainumby, Esperanza y Michelle, contamos situaciones en las que las mujeres o niñas han experimentado sufrimiento físico y emocional debido al abuso y maltrato en su búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva o debido a la negación de tales servicios. Todos los casos, que son solo una muestra de un patrón regional, tienen en común una conducta discriminatoria, basada en el género y en estereotipos y prejuicios, que causa daños y sufrimiento a las mujeres. Los casos paradigmáticos están separados en dos grupos, sin embargo se reconoce y demuestra que este tipo de violaciones son multicausales y responden a un ciclo complejo de discriminaciones.

En el primer grupo están los casos que ejemplifican cómo la legislación es capaz de producir violencia institucional y tortura u otros malos tratos en ámbitos de salud sexual y reproductiva. Aquí están las historias de Rosaura en República Dominicana, de Tania en Chile y de Teodora en El Salvador. Estos países penalizan el aborto sin excepciones,

ni siquiera para salvar la vida de las mujeres.³ En los casos de Tania y de Rosaura, la interrupción del embarazo era requerida medicamente para continuar con tratamientos contra el cáncer que padecían. En ambos casos el aborto legal y seguro fue denegado. Tania tuvo los medios y el apoyo para practicarse un aborto en la clandestinidad y así continuar con el tratamiento que salvó su vida. Rosaura, en cambio, con tan solo 16 años tuvo que someterse a una demora injustificada en el tratamiento contra la leucemia que padecía, tratamiento que podría haberle salvado la vida. Teodora, por su parte, sufrió una emergencia obstétrica en las últimas semanas de embarazo y, cuando acudió al hospital por ayuda, fue acusada de provocarse un “aborto”. La familia de Teodora dispone de escasos recursos económicos, por lo que, no pudo pagar una defensa legal efectiva y fue condenada a 30 años de cárcel.

En el segundo grupo están los casos que ejemplifican cómo la *práctica estatal* es capaz de producir violencia institucional y tortura u otros malos tratos en ámbitos de salud sexual y reproductiva. Aquí se encuentran los casos de Esperanza en Perú, de Michelle en México, de Mainumby en Paraguay y de Mónica en Argentina. Mónica y Mainumby sufrieron situaciones similares a las de Teodora, Tania y Rosaura. Aunque la legislación en sus países permitía una interrupción legal del embarazo en sus casos, el Estado no lo permitió y sometió a esta mujer y a esta niña de diez años, a violencia institucional y tortura. Ambas perdieron la libertad de elegir lo que era mejor para sus vidas y su salud, además de ser “internadas” por la fuerza, en condiciones muy similares a una prisión. En el caso de Mainumby, además fue separada de su madre y tuvo que enfrentar sola un embarazo producto de una violación, mientras su madre fue injustamente encarcelada.

Estos cinco casos ejemplares demuestran con crudeza un patrón regional: la utilización del derecho penal para criminalizar el aborto con ninguna o pocas excepciones. El objetivo declarado de dichas legislaciones es evitar abortos. Sin embargo, en este informe confirmamos lo que muchísimas otras organizaciones vienen diciendo: la penalización del aborto no disminuye el número de abortos y en cambio provoca el incremento de la mortalidad y morbilidad maternas porque empuja a las mujeres y niñas a la clandestinidad, poniendo sus vidas y salud en peligro.⁴ América Latina y el Caribe tienen el porcentaje estimado más alto de aborto inseguro en el mundo.⁵

Sin embargo, el aborto sigue siendo un crimen en gran parte de la región, casi siempre con pocas excepciones, porque dadas las imposiciones religiosas y morales que intervienen en la ley y las políticas, se ha dado prioridad a la protección absoluta o casi absoluta del feto, incluso a costa de los derechos a la vida, la integridad y la salud de las mujeres y niñas. Esta protección está fuertemente influenciada por la idea de “que la vida es sagrada y debe ser protegida desde la concepción” de las iglesias católicas y evangélicas, cuyas jerarquías

³ En América Latina y el Caribe son siete los países que prohíben totalmente el aborto o que no hacen explícita ninguna excepción en el texto legal, ni siquiera para salvar la vida de la mujer: Chile, El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua, Suriname y República Dominicana.

⁴ Organización Mundial de la Salud, “Safe abortion: technical and policy guidance for health systems Second edition”, 2012, pág. 90; Organización Mundial de la Salud “Sexual health, human rights and the law”, 2015, pág. 16.

⁵ WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division* [Internet]. Ginebra: WHO; 2014. Disponible en WHO: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>.

tienen enorme influencia en la región y los Estados. Los órganos de derechos humanos ya han establecido que esta idea es discriminatoria al imponer un estereotipo de mujer-madre, considerándolas meros instrumentos de reproducción. También han determinado que los Estados pueden interesarse en proteger al feto, pero dicha protección no puede ser absoluta sino gradual e incremental, según su desarrollo. Dicha protección se hace fundamentalmente a través de la mujer embarazada y asegurando la prevalencia de la vida o salud de la mujer o niña embarazada.

En los casos de Esperanza y Michelle es otro prejuicio —igualmente discriminatorio y violatorio de derechos— el causante de violencia. Esperanza y Michelle fueron sometidas a una esterilización sin su consentimiento. En ambas situaciones, el Estado consideró que otras personas tenían mejor capacidad que ellas para decidir si debían o no tener más hijos. En el caso de Esperanza, debido a un programa de los años noventa que sometía a mujeres, en su mayoría indígenas y de escasos recursos de Perú, a procedimientos de ligaduras de trompas coaccionadas o engañadas con el objetivo de disminuir la pobreza; además en el caso de Esperanza ella tenía un embarazo en curso con el cual quería continuar al momento de la esterilización.⁶ En el caso de Michelle, porque vive con VIH y a pesar de existir numerosa evidencia de que con tratamiento adecuado el riesgo de transmisión vertical (de madre a hijo/a) es mínimo, fue coaccionada a esterilizarse “para no traer más hijos con VIH al mundo”.

El Capítulo 3 le da el título a este informe. Aquí analizamos otro patrón regional que se desprende de los casos: estas legislaciones o prácticas violatorias de derechos sexuales y reproductivos funcionan además como disparadores para que esta violencia se reproduzca. Sosteniéndolas, el Estado actúa como un “aparato reproductor de violencia”. Desde el Estado se promueve y legitima una situación de discriminación estructural, base de toda violencia de género. A su vez, estas “otras violencias” constituyen nuevas violaciones de derechos humanos.

Ejemplos de estas otras violencias son los maltratos y la denegación de servicios en la institución de salud; la violación del deber de confidencialidad médica; las consecuencias sobre las familias que son también víctimas de violencia; la imposición de ciertas concepciones morales o religiosas sobre las mujeres y niñas y la discriminación múltiple. Al finalizar el capítulo el informe analiza el rol especial de la objeción de conciencia en los ámbitos de salud sexual y reproductiva que, sin regular o mal regulada, es un factor clave que interfiere con los derechos de las mujeres y describimos el ejemplo paradigmático de Uruguay.

Es importante destacar que la falta de acceso a la justicia para denunciar y encontrar respuesta a estas violaciones a los derechos humanos descritas en el informe es una constante en la región. En uno de los casos, el de Esperanza en Perú, queda al descubierto cómo la falta de justicia y de reparaciones por violaciones de derechos reproductivos luego de casi 20 años constituye otro ejemplo de violencia institucional y revictimización.

⁶ La Organización Mundial de la Salud recomienda postergar los procedimientos de esterilización quirúrgica como el que se le practicó a Esperanza, en caso de detectarse un embarazo. WHO, Medical eligibility criteria for contraceptive use, Fifth Edition 2015, Page 232. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf?ua=1.

En todos los casos subyacen prejuicios y estereotipos de género que producen conductas discriminatorias hacia las mujeres. La discriminación contra las mujeres es, sin duda, la causa más profunda de la violencia, de la tortura u otros malos tratos y de las otras violaciones a los derechos humanos documentadas.

El informe recoge también, los estándares de derechos humanos aplicables. Partiendo del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, constituidos plenamente en las normas internacionales y nacionales de derechos humanos; se analizan las violaciones a estos derechos como violencia contra las mujeres practicada por el propio Estado (violencia institucional) y como tortura u otros malos tratos. En el caso de la tortura u otros malos tratos, se hace un análisis pormenorizado de los cuatro elementos constitutivos de tortura de acuerdo al derecho internacional de los derechos humanos y su aplicación al ámbito de la salud sexual y reproductiva, utilizando los casos paradigmáticos como ejemplos.

Finalmente, concluye que los Estados de la región pueden y deben hacer mucho más para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres y la tortura u otros malos tratos en contextos de salud sexual y reproductiva. En las conclusiones, Amnistía Internacional argumenta que el ciclo de violencia contra las mujeres no podrá romperse si los Estados no comienzan por revisar estas normas y prácticas discriminatorias en los ámbitos de la salud sexual y reproductiva y hace una serie de recomendaciones al respecto. Se ha hecho especial énfasis en las recomendaciones tendientes a proteger a niñas y adolescentes, por su especial situación de vulnerabilidad y por la creciente tendencia en la región de imponerles embarazos y maternidades forzadas.

En el marco del 20 aniversario de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) y a casi 30 años de la entrada en vigor de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura; este informe sostiene que los Estados en América Latina y el Caribe tienen una enorme deuda con las mujeres y las niñas de la región, por la falta de avances en la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres; la tortura u otros malos tratos en los contextos de salud sexual y reproductiva. Por eso recomienda a los Estados de la región:

- Modificar todas las leyes, normas, prácticas y políticas públicas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva que puedan producir violencia institucional; tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes (TCID).
- Implementar acciones para erradicar la discriminación contra las mujeres y los patrones estereotipados de comportamiento que promueven su tratamiento inferior en sus sociedades; especialmente en los ámbitos de atención a la salud sexual y reproductiva. Incluir medidas especiales para eliminar las formas de discriminación múltiple contra la mujer y las consecuencias negativas y complejas que tiene.
- Prevenir la violencia institucional, tortura u otros TCID en ámbitos de salud sexual y reproductiva y garantizar la disponibilidad de mecanismos de acceso a la justicia efectivos, adecuados, e imparciales para las víctimas así como reparaciones integrales.

- Generar protocolos de actuación respecto de la atención e investigación de violaciones sexuales. Garantizar la disponibilidad de métodos anticonceptivos de emergencia para todas las mujeres y niñas, en especial para las que han sido violadas.
- Regular el ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales de la salud a fin de que no haya riesgos para la salud de la paciente y su derecho a recibir servicios y artículos anticonceptivos;⁷ interrupción del embarazo o cualquier otro servicio de salud requerido para salvaguardar sus derechos. Se deben de implementar mecanismos para que siempre haya disponibles profesionales de salud que puedan brindar esta atención.
- Teniendo en cuenta los principios de la Convención de los Derechos del Niño, en especial el interés superior de las niñas; generar políticas públicas para protegerlas de los embarazos y maternidades forzadas.

Asimismo, Amnistía Internacional hace un llamado al Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos (SIA) a involucrarse más en esta discusión crucial para la región dado el contexto de discriminación estructural, reconociendo la influencia que el SIA tiene sobre los países de la región.

⁷ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), Observaciones Finales: México, para. 33, (2006); Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 14: El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12). Naciones Unidas, 2000.

METODOLOGÍA

Este informe regional es parte de la campaña “Mi Cuerpo, Mis Derechos” de Amnistía Internacional.⁸ Es el resultado de investigaciones de fuentes primarias y secundarias en ocho países de la región⁹ y de fuentes secundarias sobre la situación regional.

Para documentar los siete casos paradigmáticos y la situación particular de Uruguay, se han llevado a cabo entrevistas a las víctimas de violaciones a los derechos humanos cuyos casos destacamos y/o a sus familiares y amigos/as, personal de salud que las ha atendido, sus abogados/as, las organizaciones que acompañan la defensa de sus derechos y otras personas relevantes para recabar información objetiva y comprobable; así como su consentimiento libre e informado para que su caso sea destacado en este informe. Asimismo, para documentar el contexto regional y nacional se ha entrevistado a funcionarios del Estado y organizaciones de la sociedad civil en cada uno de los países incluidos en el informe.

Las entrevistas fueron realizadas entre agosto y diciembre de 2015 por personal de investigación de Amnistía Internacional en Argentina, Chile, El Salvador, México, Perú, Paraguay y Uruguay. Asimismo, se ha colaborado estrechamente con las organizaciones la Colectiva Mujer y Salud y Womens Link Worldwide para la investigación en República Dominicana.

Para este informe fueron realizadas un total de 31 entrevistas en ocho países de la región:¹⁰ nueve mujeres, cinco familiares, seis doctores/as, once personas de organizaciones de la sociedad civil. Además, se revisaron expedientes médicos (4) y judiciales (2) cuando estuvieron disponibles y dos pedidos de acceso a la información en Uruguay que todavía no son contestados (el plazo ha vencido).

Adicionalmente, las investigadoras han solicitado entrevistas con ocho funcionarios de los Estados en los que identificamos un caso paradigmático, siete de ellos nos han otorgado entrevistas (algunos/as pidieron no ser identificados/as). Amnistía Internacional se ha reunido con la Jefa de la Unidad de Reformas Legales, del Sernam, Chile; la Directora de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de Paraguay; con la Defensora de la Niñez y la Adolescencia, Ministerio de la Defensa Pública, Poder Judicial, Paraguay; con el Secretario de Salud del Estado de Veracruz, México; con el Director del Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH y el SIDA. (CENSIDA), D.F, México y con la Responsable del Área de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública de Uruguay.

⁸ Véase Amnistía Internacional, *My life, my health, my education, my choice, my future, my body my rights* (Index: ACT 35/001/2014), disponible en: [amnesty.org/en/library/info/ACT35/001/2014/en](https://www.amnesty.org/en/library/info/ACT35/001/2014/en).

⁹ Argentina, Chile, El Salvador, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

¹⁰ Argentina, Chile, El Salvador, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay.

AGRADECIMIENTOS

Amnistía Internacional quiere agradecer a Aya Fujimura-Fanselow por su apoyo en la investigación legal y a las organizaciones de la sociedad civil y activistas que han compartido su análisis, su experiencia y conocimientos con Amnistía Internacional; sin sus aportes este informe no hubiera sido posible. En especial agradecemos a: Carolina Comaleras, licenciada en obstetricia y activista por los derechos humanos de las mujeres (Entre Ríos, Argentina); Alejandro Gelmi, especialista en Tocoginecología (Argentina), Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto Terapéutico, Ético y Eugenésico (El Salvador) y Colectiva Feminista para el Desarrollo Local (El Salvador); Asociación de Mujeres Afectadas por las Esterilizaciones Forzadas de Cusco, Anta- AMAEFC (Perú) y la Asociación de Mujeres Afectadas por Esterilizaciones Forzadas de Chumbivilcas (Perú), así como a todas las organizaciones y personas miembros del Grupo de Seguimiento a las Reparaciones a Víctimas de Esterilizaciones Forzadas-GREF (Perú); Women's Link Worldwide, la Colectiva Mujer y Salud (República Dominicana), María A.C (México) y Red Balance A.C. (México); Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer – CLADEM (Paraguay); Ana Lima, abogada CLADEM (Uruguay); Lilian Abracinskas, Fundadora y directora ejecutiva de Mujer y Salud en Uruguay (MYSU); María José Scaniello y Alicia Benitez de Mujeres en el Horno (Uruguay).

De manera muy especial, Amnistía Internacional agradece a las mujeres que han compartido sus historias personales muy dolorosas con la intención de que estas violaciones a los derechos humanos no se repitan en la región. Por su esfuerzo y valentía estamos muy agradecidas: Rosaura, Rosa, Tania, Teodora, Esperanza, Michelle, Mainumby, CEF y Mónica; este informe y todo nuestro esfuerzo para luchar contra la tortura y la violencia en los servicios de salud sexual y reproductiva en la región está dedicado ustedes.

1. CUANDO LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES LA GENERA EL PROPIO ESTADO

En 2015, Amnistía Internacional documentó un aumento en el patrón de violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe.¹¹ Este flagelo sigue siendo uno de los principales problemas de derechos humanos en toda la región.

Algunas mujeres están en mayor riesgo de sufrir violencia en la región. En los EE.UU., por ejemplo, las mujeres indígenas y de Alaska continuaron experimentando niveles desproporcionados de violencia, teniendo 2,5 veces más probabilidades de ser violadas que otras mujeres y en Canadá la tasa de homicidio es al menos seis veces mayor para mujeres indígenas. En Colombia, las mujeres que viven en las zonas del conflicto armado tienen más probabilidades de ser víctimas de violencia sexual, tanto por miembros del Estado como de las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC); a la vez que la impunidad sigue siendo la norma.

La violencia por razones de género agrede también de manera especial a las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI) en toda la región, a pesar de los progresos realizados en algunos países que aprobaron la legislación que prohíbe la discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género. Durante 2015 hubo asesinatos violentos y no resueltos de mujeres transgénero en Argentina, así como crímenes de odio —incluyendo asesinato y violación— contra personas LGBTI en República Dominicana. Entre enero de 2013 y marzo de 2014, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos tuvo conocimiento de que en América hubo 594 casos de homicidio de personas LGBTI o que eran percibidas como tales y 176 casos de atentados a su integridad física.¹² En 2015, Amnistía Internacional documentó episodios de violencia hacia las personas LGBTI en El Salvador, Guyana, Honduras, Trinidad y Tobago y Venezuela. Las relaciones sexuales consentidas entre hombres continúan criminalizándose en Jamaica, donde la falta de investigación de las amenazas y el hostigamiento contra las personas LGBTI persistieron.

Es evidente que los Estados de la región no han avanzado lo suficiente para detener esta “pandemia”, como ha sido calificada por la Organización Panamericana de la Salud.¹³

¹¹ Amnistía Internacional, Informe Anual 2015, Resumen Regional de las Américas, publicado el 28 de febrero de 2016.

¹² Comisión Interamericana de Derechos Humanos – CIDH. *Una mirada a la violencia contra personas LGBTI en América: un registro que documenta actos de violencia entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de marzo de 2014*, disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/Comunicados/2014/153A.asp>.

¹³ “Ya sea en el hogar, en la calle o en los conflictos armados, la violencia contra las mujeres es una pandemia mundial que ocurre en espacios públicos y privados. Las principales formas de violencia son la física, la sexual y la psicológica.” http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1411%3Aeliminar-la-violencia-contra-las-mujeres-una-pandemia-mundial-que-adopta-muchas-formas&Itemid=360”.

Trágicamente las falencias de los Estados en este tema no terminan ahí. Este informe demuestra que los Estados de la región no sólo tienen una deuda pendiente en la prevención de la violencia contra las mujeres en manos de terceros. Muchas de las legislaciones, políticas públicas y prácticas de la región causan daño o sufrimiento a las mujeres, basándose en su género y, por ende, constituyen violencia contra las mujeres causada por el propio Estado, también llamada “violencia institucional”.

Las historias de vida de mujeres y niñas de ocho países diferentes de la región aquí documentadas, todas relacionadas con la búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva, son sólo ejemplos de un problema generalizado de alcance regional. Estas historias documentan con crudeza y claridad el sufrimiento causado por ciertas prácticas, políticas públicas, legislaciones o falta de ellas en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva a las mujeres y niñas que muchas veces constituye también tortura u otros malos tratos.

Estas historias, que demuestran un patrón regional, son parte de un contexto complejo: Más de la mitad de los embarazos son no deseados o no planificados en América Latina y el Caribe; tasa que, a pesar del aumento en el uso de anticonceptivos modernos en la región, se mantiene sin cambios desde 1985.¹⁴ Las razones son múltiples; desde violencia sexual muy alta, incluida la violencia en manos de la pareja;¹⁵ demanda insatisfecha de anticoncepción,¹⁶ incluida de anticoncepción de emergencia; así como patrones culturales que promueven el rol de la mujer-madre por sobre otros roles. A esto se suma el que 97% de las mujeres en edad reproductiva en América Latina y el Caribe viven en países donde el aborto está severamente restringido por ley.¹⁷ En el 2014, al menos el 10% de todas las muertes maternas en la región se debieron al aborto inseguro.¹⁸ El Salvador esta entre uno de los ocho países del mundo donde las muertes maternas no han disminuido sino que se han incrementado desde 2003¹⁹ y en Argentina las complicaciones relacionadas con el

¹⁴ “Seguimiento de la CIPD en América Latina y el Caribe después de 2014: Documento técnico”; pagina 25. (disponible en <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/535>).

¹⁵ 29.8% de las mujeres experimentan violencia física o sexual conyugal o violencia sexual no conyugal. Organización Mundial de la Salud, *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*, 2013. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf?ua=1.

¹⁶ Organización Mundial de la Salud, “Planificación familiar, nota descriptiva n°351”, actualizada en mayo de 2015. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>.

¹⁷ Guttmacher Institute, “Facts on Abortion in Latin America and the Caribbean”, Guttmacher Institute, “Facts on Abortion in Latin America and the Caribbean”, November 2015, disponible, en https://www.guttmacher.org/pubs/IB_AWW-Latin-America.pdf.

¹⁸ Idem. Citando datos no publicados de Singh S et al., *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014*, New York: Guttmacher Institute, 2014.

¹⁹ Institute for health metrics and evaluation. Disponible en <http://www.healthdata.org/news-release/sharp-decline-maternal-and-child-deaths-globally-new-data-show>.

aborto siguen siendo la primera causa de muerte materna directa desde 1980.²⁰ Alrededor de 760.000 mujeres fueron hospitalizadas anualmente por complicaciones de abortos inseguros en la región.²¹

La necesidad insatisfecha de servicios de salud sexual y reproductiva en la región es generalmente una realidad que afecta desproporcionadamente a las personas viviendo en la pobreza.²²

A 20 años de la entrada en vigor de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará)²³ y casi 30 años de la entrada en vigor de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura²⁴, este informe sostiene que los Estados en América Latina y el Caribe deben mostrar mayor compromiso con la prevención de la violencia contra las mujeres y la tortura u otros malos tratos en el contexto de la salud sexual y reproductiva.

ACLARACIÓN SOBRE EL USO DEL TÉRMINO “VIOLENCIA INSTITUCIONAL” EN ESTE INFORME

Es este informe utilizamos el término “violencia institucional” para referirnos a una práctica sistemática del Estado, que somete a las mujeres y niñas a la violencia y que se da en contextos donde el Estado tiene control sobre la libertad y la autonomía de las mujeres; como lo son las instituciones de salud en relación a la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva.

Tradicionalmente, las recomendaciones sobre la violencia contra las mujeres están centradas en una serie de medidas que el Estado debe tomar para erradicar y prevenir la violencia contra las mujeres perpetrada por terceros. Sin embargo las violencias documentadas en este informe son promovidas y facilitadas por el propio Estado; y su causa más próxima es la existencia de leyes, políticas públicas o prácticas violatorias de derechos sexuales y reproductivos. Por eso hemos utilizado el concepto de “violencia institucional”.

A diferencia del concepto de violencia contra las mujeres, el concepto de “violencia institucional” no está recogido como tal en los instrumentos de derechos humanos. Tradicionalmente las organizaciones de derechos humanos de la región lo han usado en relación a la violencia perpetrada por los cuerpos encargados de hacer cumplir la ley (policía, sistema de justicia), aquellos que tienen control sobre la libertad y la autonomía de las

²⁰ Guttmacher Institute, “Facts on Abortion in Latin America and the Caribbean”, op cit.

²¹ Idem. Citando Singh S et al., Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries, BJOG, 2015, doi:10.1111/1471-0528.13552.

²² Idem. como ejemplo: sólo el 71% de las mujeres de los hogares más pobres dan a luz en un centro de salud, en comparación con el 99% de las mujeres de los hogares más ricos. Ver también Tia Palermo, Jennifer Bleck, and Elizabeth Westly, “Knowledge and Use of Emergency Contraception: A Multicountry Analysis,” International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2014, 40(2):79–86; documentando la falta de acceso a anticoncepción de emergencia en mujeres con menor acceso a la educación formal.

²³ Entrada en vigor el 3 de mayo de 1995; ratificada por 31 Estados de la región.

²⁴ Entrada en vigor el 28 de febrero de 1987; ratificada por 18 Estados de la región.

personas, y que era promovida, facilitada, o al menos, no perseguida adecuadamente por el Estado.²⁵ Hay en la utilización del término una concepción de patrón o práctica sistemática, no es una violencia aislada.

En igual sentido, la CIDH ha utilizado el concepto de violencia institucional para referirse a las diversas formas de violencia perpetrada por autoridades estatales contra las mujeres durante el proceso judicial.²⁶

El Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la “Convención de Belém do Pará” (MESECVI), en una declaración emitida en 2014 reconoció que “la negación de las políticas públicas y los servicios de salud sexual y reproductiva exclusivos para las mujeres, a través de normas, prácticas y estereotipos discriminatorios, constituye una violación sistemática de sus derechos humanos y las somete a la violencia institucional del Estado, causándoles sufrimiento físico y psicológico.”²⁷

²⁵ Según un estudio de UNICEF, “Se entiende por violencia institucional las diferentes formas de violencia practicadas por las instituciones del Estado, sus órganos y agentes en función del mantenimiento de la ley y el orden, esto es del control social”. UNICEF, “La violencia contra niños, niñas y adolescentes”. Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas. 2006. Página 56. Disponible en [http://www.unicef.org/lac/Estudio_violencia\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/Estudio_violencia(1).pdf). En igual sentido, un informe de O.N.Gs. argentinas al Comité de derechos Humanos de las Naciones Unidas, la define como “todo uso arbitrario o ilegítimo de la fuerza ejercido o permitido por las reparticiones del Estado”. disponible en <http://www.derechos.org/nizkor/arg/onga/violence.htm>. En igual sentido, esta nota, citando un estudio “Violencia institucional y violencia social”, realizado por el doctor Elías Dobr. <http://www.proceso.com.mx/203025/violencia-institucional>.

²⁶ Ver CIDH, Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia en las Américas, párr. 164. Disponible en <https://www.cidh.oas.org/women/Accesso07/cap2.htm>.

²⁷ Declaración sobre la Violencia contra las Mujeres, Niñas y Adolescentes y sus Derechos Sexuales y Reproductivos. Accesible aquí: <http://www.oas.org/en/mesecvi/docs/CEVI11-Declaration-ES.pdf>.

2. ALGUNOS EJEMPLOS DE VIOLENCIA INSTITUCIONAL Y DE TORTURA U OTROS TRATOS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES EN EL CONTEXTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

“Ellos me vieron siempre por separado, nunca me vieron como una persona, como un ser integral. A mí me vieron como una incubadora, alguien que puede traer hijos a este mundo. Y después no importa si yo lo voy a criar o no, si me voy a morir, si va a pasar hambre, a ellos no les importa. Ellos nos ven como incubadoras. Como aparatos, como aparatos reproductivos”.

Tania, Chile

La situación de violencia basada en el género descrita en el capítulo anterior es una forma de discriminación contra la mujer.²⁸ Dicha discriminación es patente en toda la región y en casi todas las situaciones de la vida diaria, sin embargo, en los ámbitos sexuales y reproductivos alcanza matices escandalosos. Esto debido a los prejuicios existentes en América Latina y el Caribe sobre el rol que las mujeres deberían jugar en las sociedades, intensificadas cuando se trata de normar su vida sexual y reproductiva.

²⁸ Recomendación General 19 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (en adelante “Comité CEDAW”).

Cuando se trata de decidir sobre su derecho a ser sexualmente activas o no, a tener hijos/as, a acceder a la información y los servicios adecuados para ejercer esos derechos autónoma y responsablemente; los Estados de la región interponen barreras infranqueables a las mujeres y niñas. No sólo eso, muchas veces el trato dado constituye violencia contra las mujeres y en no pocas situaciones: tortura u otros malos tratos.

Los casos que Amnistía Internacional documenta en este informe son paradigmáticos de un patrón regional. Éstos fueron seleccionados para ejemplificar una situación más amplia y generalizada en toda América Latina y el Caribe. Las historias de Rosaura, Tania, Teodora, Mónica, Mainumby, Esperanza y Michelle dejan al descubierto cómo ciertas leyes, políticas públicas o prácticas estatales que son violatorias de los derechos sexuales y reproductivos; son, además, generadoras de violencia contra las mujeres y en algunas circunstancias tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. A la vez, estas historias demuestran cómo esas normas tienden a fomentar una cultura violenta hacia las mujeres en los ámbitos de la salud sexual y reproductiva que multiplica las violaciones a los derechos humanos de las mujeres de la región.

Sólo con fines de presentar las historias de vida con cierto orden, las hemos clasificado según la causa principal de la violencia institucional y de la tortura u otros malos tratos. En los primeros casos esa causa es una legislación, en los otros una política pública o una práctica estatal. Es importante destacar que tanto en unos como en otros, la violencia que el Estado perpetra contra las mujeres es un continuo de varias situaciones relacionadas con sus derechos sexuales y reproductivos y que todas ellas se suman y se acumulan entre sí y son multicausales.

LEGISLACIONES QUE PRODUCEN VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y TORTURA U OTROS TRATOS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES.

“A mi hija ya nada me la devuelve, pero yo no puedo dejar pasar las cosas sin exigir que se diga con claridad qué se hizo mal en este caso. Hasta que no se aclare esto y se determinen las responsabilidades no habrá forma de evitar que otra madre tenga que vivir lo que yo viví tratando de hacer que atendieran a mi hija”

Rosa Hernández, República Dominicana

LA HISTORIA DE ROSAURA EN REPÚBLICA DOMINICANA



Rosaura y su madre, República Dominicana, 2009. © Privado.

Rosaura Arisleida Almonte Hernández (conocida en los medios de comunicación como “Esperancita”), una niña dominicana de 16 años, experimentó repentinos síntomas de fiebre alta, debilidad extrema y hematomas en el cuerpo, así como un fuerte dolor abdominal. Su madre, Rosa Hernández, maestra en una escuela pública, la llevó a los servicios de medicina interna del Hospital Docente SEMMA de Santo Domingo, República Dominicana, donde fue ingresada el día 2 de julio de 2012. Después de los exámenes iniciales el personal sanitario se limitó a informar que Rosaura debía permanecer hospitalizada porque parecía tener “algo en la sangre que no sabían lo que era”.

Rosaura fue diagnosticada con leucemia,²⁹ una enfermedad que requiere un tratamiento urgente ya que sin terapia tiene una mortalidad del 100% en pocas semanas.³⁰ Sin embargo, dicho tratamiento no le fue proporcionado porque al día siguiente de la hospitalización se detectó que Rosaura tenía un embarazo de 7.2 semanas con signos de daño fetal y sangrado vaginal con amenaza de aborto y cérvix cerrado. Pese a que la médica tratante recomendó un aborto terapéutico para poder iniciar el tratamiento contra la leucemia, las autoridades del hospital decidieron no practicarlo por estar, según indicaron, “prohibido por la constitución” (el Código Penal dominicano criminaliza el aborto sin excepción alguna).

Frente a la gravedad del diagnóstico y la corta edad de Rosaura, madre e hija manifestaron con claridad a los médicos su voluntad para proceder a la interrupción del embarazo y al tratamiento inmediato de la enfermedad, solicitud que se repitió en distintas oportunidades durante el mes y medio de hospitalización, pero su petición nunca fue tomada en cuenta por parte de los médicos tratantes y de la Dirección del Hospital.

La quimioterapia sólo le empezó a ser administrada el día 18 de julio, pero le fue suspendida al día siguiente pues los médicos decidieron esperar hasta la semana 12 de gestación para no poner en peligro el desarrollo del feto. Fue hasta el 26 de julio (24 días después de haber sido hospitalizada) que se inició el tratamiento para tratar la enfermedad. El día 16 de agosto Rosaura tuvo un aborto espontáneo y al día siguiente, a las 8 de la mañana, falleció.

La historia de Rosaura es un ejemplo extremo de la violencia y la tortura a la cual las mujeres son sometidas por los Estados de América Latina y el Caribe en los contextos de salud sexual y reproductiva; ya que ella perdió su vida; pero lamentablemente no es un caso aislado.

²⁹ Leucemia Linfoblástica Aguda de precursor B, CALLA positiva y Filadelfia negativa. La leucemia linfoblástica aguda (LLA) es una neoplasia aguda hematológica (cáncer de la sangre) que se produce por causas desconocidas.

³⁰ “La leucemia aguda necesita tratamiento médico completo inmediato, con independencia de la edad gestacional porque los retrasos o modificaciones de las terapias resultan en un peor pronóstico para la madre” (Original en inglés: “Acute leukaemia needs immediate full treatment irrespective of gestational stage because delay or modification of therapy results in inferior maternal prognosis”). B. Brenner, I. Avivi, M. Lishner. Hematologic cancers in pregnancy (2012). The Lancet. 379; 580-587.

Las causas de las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos que constituyen violencia contra las mujeres y a veces tortura son múltiples y concatenadas entre sí. Sólo en República Dominicana, la cadena de sucesos que llevaron a la muerte de Rosaura comenzó con una legislación que criminaliza el aborto en toda circunstancia, sin excepciones expresas ni siquiera cuando la vida o salud de la mujer está en riesgo. Legislaciones como la de República Dominicana son violatorias de diferentes derechos humanos y constituyen en sí mismas, tortura.³¹

A pesar de diversos esfuerzos impulsados por organizaciones feministas y de derechos humanos y retomadas por los organismos Ejecutivo y Legislativo de República Dominicana, la legislación en la cual se ampararon los médicos para no proveer a Rosaura el tratamiento que pudo haber salvado su vida sigue vigente. En diciembre del 2014 fue aprobado un nuevo Código Penal que incluía la despenalización del aborto cuando la vida o integridad de una mujer corriera riesgo, cuando el embrión presentase malformaciones incompatibles con la vida y en el caso de que el embarazo fuese producto de una violación o incesto. Sin embargo, en diciembre de 2015, el Tribunal Constitucional declara inconstitucional la nueva legislación por razones procedimentales, dejando en vigencia el anterior Código Penal (Ley 2274) del año 1884. Así, República Dominicana regresó al siglo XIX, penalizando totalmente el aborto y manteniendo una legislación que sigue sometiendo a las mujeres a violencia institucional por parte de los servicios de salud y, en casos como el de Rosaura, a la violación a su derecho a la vida. Cabe destacar que República Dominicana es uno de los países con la más alta tasa de mortalidad materna y de embarazo adolescente de la región.³²

Pero la violación va mucho más allá: cuando el Estado, a través de su legislación, manda un mensaje tan claro como éste, las y los profesionales de la salud pública, que son también agentes del Estado, sienten que deben “imponer su autoridad” y que tienen una obligación de “hacer cumplir la ley”. Este “mandato” se mezcla muchas veces con sus propios prejuicios y con el temor que las legislaciones que penalizan el aborto causan en los profesionales de la salud, ya que también ellos pueden ser penalizados. Así, ellos y ellas terminan sometiendo a las mujeres y niñas a más violencia e incluso a tortura en sus prácticas diarias, pues les quitan el derecho a decidir sobre su propia vida, sobre su propia salud; las despojan de su capacidad de tomar decisiones informadas o las empujan a la clandestinidad para poder tomar decisiones de vida o muerte. Esta es la historia de Tania en Chile, donde también el aborto está totalmente prohibido por ley.

³¹ De acuerdo al derecho internacional de los derechos humanos, la penalización total del aborto infringe toda una serie de derechos humanos incluidos el derecho a la vida, a la integridad, el derecho a no ser sometido a tortura y otros malos tratos, el derecho a no sufrir violencia, el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, el derecho a la intimidad, el derecho a decidir el número y el intervalo de los hijos y el derecho a no sufrir discriminación. Para más información sobre los estándares de derechos humanos en relación al aborto ver Amnistía Internacional “Al borde de la muerte: violencia contra las mujeres y prohibición del aborto en El Salvador”; Índice: AMR 29/003/2014, septiembre de 2014, pág. 47-50. Sobre las restricciones legales del aborto como tortura y otros TCID ver capítulo 4, pág. 47.

³² República Dominicana tiene una de las tasas más altas de mortalidad materna en la región y también de embarazo adolescente, con más de un 20% de las menores de 20 años siendo madres o estando embarazadas (Colectiva Mujer y Salud. Boletín Ciudadanas 2015. “28 de Mayo. Día Internacional de Acción por la Salud de las Mujeres”. Págs. 2-3). Esto ocurre en un escenario donde hay una precaria educación sexual progresiva y oportuna a niños, niñas y adolescentes, falta de acceso a métodos de anticoncepción y prevención de enfermedades de transmisión sexual, así como un contexto generalizado de violencia de género. Particularmente los embarazos precoces, además de significar un alto riesgo para la salud de las adolescentes y niñas, a menudo suelen esconder situaciones de abuso o violación sexual.

LA HISTORIA DE TANIA EN CHILE

Tania tenía 31 años, marido y 3 hijos (entre 3 y 7 años) y estaba en medio de un tratamiento para combatir un cáncer cuando quedó embarazada. Tendría que haber suspendido el tratamiento para poder continuar el embarazo sin riesgo para el feto, lo que habría puesto en riesgo su vida. Sin embargo, el médico tratante no le dio ninguna opción, sólo le dijo que tenía que estar tranquila, que no pasaría nada y que si intentaba abortar él la tendría que denunciar. Tras consultar otras opiniones (con una matrona y otro médico), le confirmaron que el embarazo era incompatible con su tratamiento contra el cáncer y decidió abortar aunque fuera ilegal, con todos los riesgos para la vida y la salud que implica. Afortunadamente Tania tenía los medios para pagar el procedimiento en una clínica privada con personal calificado y en condiciones de asepsia.

A juicio de Tania, el médico que la atendió inicialmente le ocultó información crítica acerca del tratamiento contra el cáncer y su primera reacción fue enojarse con ella por haber quedado embarazada: “Él se molesta mucho cuando se entera que estoy embarazada, me hace sentir culpable. Recuerdo que había algo en la mesa, no sé qué era, lo tomé y lo tiré lejos, muy molesto, muy enojado”, luego cambió, “como que es otra persona, y me dice ‘pero no, no te preocupes, porque tu enfermedad está controlada’. Inmediatamente me separó, como que me seccionó: a la enfermedad, a mí y a la criatura, como si fueran tres cosas distintas”.

“No fue fácil decidir porque, más allá de lo que a mí me estaba pasando, yo quería tener más hijos y la intervención implicaba hacer una histerectomía. Entonces perdía la posibilidad de tener otro hijo después”. Finalmente, “el papá de mis hijos, la matrona y el ginecólogo decidimos que en realidad yo debía salvar mi vida, porque era así: radical. Yo no tenía vuelta y eso era claro. Lo hice muy segura. Siento que yo luché por mi vida”. Según cuenta Tania: “consiguieron una clínica, como a las 10 u 11 de la noche, súper clandestino, pero era una clínica donde me intervinieron”. Despertó sola: “no había contención, no había nadie que me apoyara en ese minuto. Me tuvieron ahí por la noche y al otro día me fui a mi casa y seguí con controles como si hubiera sido una operación por quistes. En los papeles eso pusieron: me habían operado de quistes”.

Comenta además: “estuve muchas veces hospitalizada [por el cáncer] y vi mujeres que habían abortado y las trataban pésimo, es que no te puedes imaginar el trato inhumano que recibían, desde la persona que barre hasta el médico hacían una recriminación constante, todo el día”.

Tania ha mantenido su historia en secreto hasta hoy, más de 30 años después. “La mayoría no lo sabe, no lo saben mis hijos. Quedó entre la matrona, el médico, mi marido y yo, porque ese fue un acuerdo que hicimos”.



Imagen utilizada por Amnistía Internacional Chile para su campaña por la despenalización del aborto. © Amnistía Internacional.

A pesar de los avances en la protección de los derechos humanos en América Latina y el Caribe, la región aún tiene algunas de las leyes más restrictivas para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Chile, junto a El Salvador, Haití, Honduras, Nicaragua, Surinam y República Dominicana, es uno de los siete países en la región que penaliza el aborto sin ninguna excepción. Al estar penalizado totalmente, las mujeres y niñas se encuentran con instituciones y profesionales de la salud que no están preparados para reaccionar adecuadamente frente a su caso. Ante la falta de protocolos y regulaciones claras, finalmente cada caso queda al criterio del personal médico, proporcionando información parcializada, siendo poco cuidadosos/as con las necesidades emocionales al momento de tratar a una mujer en una situación difícil, o simplemente al recomendar la suspensión de un tratamiento como en el caso de Tania, que podría haberle costado la vida. Quienes tienen los medios, abortan en condiciones seguras, las demás: arriesgan sus vidas y su salud al abortar clandestinamente en condiciones insalubres o se mueren sin acceso a un tratamiento médico.

Esta legislación está vigente en Chile desde 1989, cuando la dictadura del General Augusto Pinochet introdujo la penalización sin excepciones del aborto. Antes, el aborto estaba penalizado pero con excepciones para salvar la vida o proteger la salud de la mujer embarazada. En enero de 2015, la Presidenta Michelle Bachelet envió un proyecto de ley al Congreso para introducir tres causales de excepción a la penalización del aborto: cuando la vida de la mujer esté en riesgo, cuando el feto sea inviable y cuando el embarazo sea producto de una violación. Al momento de escribir este informe, dicha reforma estaba debatiéndose en el Congreso chileno.

Una legislación similar produce resultados igualmente violentos contra las mujeres y fomenta una actitud discriminatoria frente a las mujeres en El Salvador, poniendo a las mujeres en un lugar de sospecha, tornando el embarazo en una experiencia peligrosísima a puntos tales que ante una emergencia obstétrica se sospecha que las mujeres han cometido un “delito” ineludiblemente y, si no tienen los medios para su debida defensa, son enviadas a la cárcel con condenas de hasta 40 años. Esta es la historia de Teodora:



Teodora Vásquez en la cárcel del municipio de Ilopango, El Salvador, 2015. © Amnistía Internacional.

LA HISTORIA DE TEODORA EN EL SALVADOR³³

Teodora del Carmen Vásquez, salvadoreña de 32 años, es la sexta en una familia de 11 hermanos. Hija de un modesto agricultor, no pudo terminar su educación básica pues desde muy temprana edad tuvo que colaborar en la economía familiar. La difícil situación económica de su familia hizo que a los 17 años saliera de su pueblo natal hacia la ciudad para trabajar como empleada doméstica. Durante su vida laboral, el ingreso de Teodora era fundamental para su familia.

A los 20 años, Teodora tuvo a su primer hijo, quien ahora tiene 12 años. Cada año *“le celebraba su cumpleaños con piñatas y música. Le adornaba el cuarto. Se iban solitos a pasear”*, comenta Cecilia, hermana de Teodora.

En 2006, Teodora volvió a quedar embarazada. El 13 de julio de 2007, en el noveno mes de su embarazo, la vida de Teodora dio un giro de 180 grados. Ese día, mientras se encontraba en su trabajo, Teodora empezó a sentir dolores y molestias.

“Cuando yo sentí que ya eran demasiado fuertes los dolores, agarré mi teléfono y empecé a hacer llamadas al 911, porque fue lo único que se me ocurrió. Me contestaba una mujer y me decía que ya había mandado para que me fueran a ayudar, pero nunca apareció ningún tipo de ayuda... Llamé como cinco veces.”

Durante su embarazo, Teodora no pudo asistir a sus controles médicos prenatales. La falta de recursos económicos y sus jornadas laborales de 6 de la mañana a 9 de la noche, le impidieron tener tiempo y dinero para acceder a la asistencia médica necesaria.

Mientras esperaba la asistencia, Teodora sintió deseos de ir al baño. En su camino, y aún con dolor, sufrió una caída, posteriormente tuvo una emergencia obstétrica en el baño, desmayos, un sangrado profundo y perdió su embarazo. Varios agentes de policía llegaron a su lugar de trabajo. Teodora fue detenida, esposada y acusada de cometer homicidio agravado ante la sospecha de provocarse un aborto. Al día siguiente, en la cama del hospital, todavía confundida y desorientada, se encontró con la mirada acusadora de los policías, quienes le preguntaron: *“¿Por qué lo hiciste?”* Luego, fue llevada a la cárcel.

La familia de Teodora disponía de pocos recursos económicos, por lo que no contó con los medios para una defensa legal efectiva. En 2008 fue condenada a 30 años de prisión, de los que ya han transcurrido ocho (su privación de libertad se inició en el 2007). A pesar de la condena, no ha dejado de estudiar y actualmente cursa bachillerato. *“Me levanto con una mente positiva todos los días, con interés de aprender algo nuevo”*, comenta Teodora desde la prisión.

Estos tres casos, como los de Mónica y Mainumby que describiremos en el próximo capítulo, demuestran con crudeza un patrón en toda la región, la utilización del derecho penal para criminalizar el aborto con ninguna o pocas excepciones. El objetivo declarado de dichas legislaciones es evitar abortos. Sin embargo, en este informe documentamos que el resultado que estas draconianas legislaciones produce son violaciones a los derechos humanos, incluido el derecho a la vida, a la salud y a la igualdad de las mujeres y el sometimiento de mujeres y niñas a violencia institucional y tortura u otros malos tratos.

³³ Para ver más sobre la historia de Teodora y otras mujeres en similar situación en El Salvador, revisar: Amnistía Internacional, “Familias separadas, abrazos rotos”, noviembre 2015. AMR 29/2873/2015.

Existen múltiples estudios que aseguran que la penalización no disminuye el número de abortos y, en cambio, provoca un incremento de la mortalidad y morbilidad maternas porque empuja a las mujeres y niñas a la clandestinidad, poniendo sus vidas y su salud en peligro.³⁴ De hecho, los Estados de América Latina y el Caribe ya han reconocido esta realidad.³⁵ Sin embargo, el aborto sigue siendo un crimen en gran parte de la región porque se protege de manera absoluta o casi absoluta al feto, incluso a costa de los derechos a la vida, la integridad y la salud de las mujeres.

Como analizaremos con detalle en el capítulo 3 “imposiciones de concepciones morales o religiosas”, esta protección está fuertemente influenciada por la idea que considera que “la vida es sagrada y debe ser protegida desde la concepción” de las iglesias católicas y evangélicas que tienen una enorme presencia e influencia en la región. Los órganos de derechos humanos ya han establecido que esta idea es discriminatoria porque pretende imponer un estereotipo de mujer-madre; considerándolas meros instrumentos de reproducción.³⁶ También han determinado que los Estados pueden tener interés de proteger al feto, pero dicha protección no puede ser absoluta sino gradual e incremental, según el desarrollo del feto.³⁷ Dicha protección se hace fundamentalmente a través de la mujer embarazada³⁸ y la vida o salud de la mujer o niña embarazada deben tener siempre prevalencia.³⁹

³⁴ Ver por ejemplo, Organización Mundial de la Salud, “Safe abortion: technical and policy guidance for health systems Second edition”, 2012, pág. 90. Organización Mundial de la Salud “Sexual health, human rights and the law”, 2015, pág. 16.

³⁵ En el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, los Estados de la región declararon estar, “preocupados por las elevadas tasas de muertes maternas, en gran medida debidas a la dificultad para acceder a servicios adecuados de salud sexual y salud reproductiva y a la realización de abortos inseguros, y conociendo que algunas experiencias en la región muestran que la penalización del aborto provoca el incremento de la mortalidad y morbilidad maternas y no disminuye el número de abortos, todo lo cual aleja a los Estados del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.” CEPAL, LC/L.3697, 5 de septiembre de 2013, pág. 15.

³⁶ Ver Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Caso L.C. vs. Perú*, *Op. cit.*

³⁷ Corte IDH, *Artavia Murillo y otros Vs Costa Rica*, párr. 264.

³⁸ “Asimismo, teniendo en cuenta lo ya señalado en el sentido que la concepción sólo ocurre dentro del cuerpo de la mujer [...], se puede concluir respecto al artículo 4.1 de la Convención que el objeto directo de protección es fundamentalmente la mujer embarazada, dado que la defensa del no nacido se realiza esencialmente a través de la protección de la mujer, como se desprende del artículo 15.3.a) del Protocolo de San Salvador, que obliga a los Estados Parte a “conceder atención y ayuda especiales a la madre antes y durante un lapso razonable después del parto”, y del artículo VII de la Declaración Americana, que consagra el derecho de una mujer en estado de gravidez a protección, cuidados y ayudas especiales.” Corte IDH, *Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 28 de noviembre de 2012, párr. 264.

³⁹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Informe L.C. vs. Perú*, párr. 8.15, 2011; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales para Hungría*, 2013, párr. 30.

PRÁCTICAS ESTATALES QUE PRODUCEN VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y EN OCASIONES TORTURA U OTROS MALOS TRATOS

En otros casos de la región, desde el Estado se fomentan o toleran políticas públicas o prácticas profundamente discriminatorias contra las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos que terminan produciendo un resultado similar: violencia contra las mujeres y en algunos casos tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes.

En Perú, por ejemplo, en el marco del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 (PNSRPF), se produjeron un número todavía indeterminado de esterilizaciones forzadas contra mujeres en su mayoría indígenas, de zonas rurales y que vivían en la pobreza. La Defensoría del Pueblo ha documentado 272.028 mujeres esterilizadas durante el periodo 1996-2001⁴⁰ y ha concluido, luego de tres informes profundos sobre el tema, que no hubo garantías para la libre elección de este método definitivo de anticoncepción.⁴¹ Esperanza es una de estas mujeres.



Esperanza Huayama, Presidenta de la Asociación de Mujeres de Huancabamba, Perú, octubre 2015.
© Amnistía Internacional / Raúl García Pereira

⁴⁰ Defensoría del pueblo. “La aplicación de la Anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos III”. Informe Defensorial N° 69. Lima: Defensoría del Pueblo, 2002, pág. 62.

⁴¹ *Idem.* pág. 304.

LA HISTORIA DE ESPERANZA EN PERÚ

Esperanza tiene 59 años y vive en la zona norte andina de Perú. En 1998 tenía 9 hijos y recuerda que en esa época “los promotores de salud iban a los caseríos a vernos, para decirnos que vendría una comisión de médicos de Lima. Nos dijeron que nos vengamos, para recibir alimentos y ayuda. Entonces, muchas fuimos.”

Cuando Esperanza llegó al policlínico se enteró que las habían convocado para hacerles ligaduras de trompas como parte del Programa de Planificación Familiar vigente en aquella época. Durante la operación, Esperanza escuchó la conversación entre el médico y la enfermera en la que señalaban que ella se encontraba embarazada al momento de ser operada: “Sentí que la enfermera le decía al doctor: la señora está en estado (embarazada). Ahí fue que reaccioné y le dije: si van a sacar a mi niño prefiero morir junto con él. No me lo saquen, les rogué. No dijeron nada, sólo me pusieron otra ampollita, y de allí me quedé dormida. No recuerdo nada, hasta que desperté a las 6 de la tarde.”⁴²

En los meses posteriores a la esterilización, Esperanza continuó con muchos dolores en el vientre y náuseas. Acudió a atenderse con un médico particular que vivía en la provincia, quién finalmente determinó que había perdido el embarazo: “Mi hijito lo perdí a la fuerza, por la ligadura, por esos médicos que me operaron sin importarle mi vida, ni el bebé”.

Las secuelas de aquella esterilización forzada la acompañan hasta el día de hoy: “Siempre, me viene la pena de haber perdido a mi hijito, de haber dejado que me ligaran, y de estar así: enferma. Se me hincha la barriga, no puedo hacer fuerza, me siento muy mal. A veces, nos encontramos con las amigas que también son ligadas, y les duele la espalda, la cabeza y tienen los mismos males que yo. Unas han quedado muy mal de salud, apenas pueden caminar, otras ya han muerto. Yo gracias a Dios comprando ampollitas me voy cuidando, no me descuido, y también con plantas medicinales. El Seguro Integral de Salud (SIS) sólo nos receta paracetamol y no nos hace bien para nada, no tienen médicos especialistas que nos vean, apenas hay enfermeras técnicas, nos tienen olvidadas”.

Como muchas de las mujeres esterilizadas, su vida cambió y ya no puede realizar las actividades de antes que le permitían tener ingresos: “En el campo he sabido hilar y tejer, ahora ya no puedo, porque me duele la espalda y se me hincha el cuerpo, ya no puedo hacer nada. Felizmente mi esposo me apoya, en cambio a algunas señoras les han abandonado sus maridos, porque ya no pueden hacer nada, esa es la pena que vivimos. Incluso algunas han muerto con cáncer porque no han podido tratarse”.

Las violaciones a los derechos humanos de Esperanza, como los de todas las mujeres esterilizadas sin su consentimiento durante ese periodo; han quedado en la más absoluta impunidad hasta el día de hoy. Esperanza es presidenta de la Asociación de Mujeres de la Provincia de Huancabamba (AMHBA) actualmente. *“Aunque dice la gente que soy analfabeta, a mí no me desaniman, porque en la organización he aprendido a ser fuerte, a estar con poder para que no me engañen, para que no se rían de nosotras: las mujeres indígenas. En la AMHBA estamos organizadas para defender los derechos de las mujeres ligadas”.*

El Programa y la práctica de esterilizaciones masivas han terminado en Perú,⁴³ pero no la violencia a la que fueron sometidas Esperanza y las demás mujeres esterilizadas contra su

⁴² La Organización Mundial de la Salud recomienda postergar los procedimientos de esterilización quirúrgica como el que se le practicó a Esperanza, en caso de detectarse un embarazo. WHO, Medical eligibility criteria for contraceptive use, Fifth Edition 2015, pág. 232. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/181468/1/9789241549158_eng.pdf?ua=1.

⁴³ La Defensoría del Pueblo de Perú ha reconocido que ante las recomendaciones efectuadas al Ministerio de Salud, se adoptaron diversas acciones, entre las que cabe referir cambios en la normatividad (tanto en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 como en el Manual de AQV), como también en su ejecución. Palabras del defensor del pueblo, Eduardo Vega Luna, en el «Foro sobre los derechos humanos de las mujeres en Perú. Esterilizaciones forzadas. 18 años sin justicia», Lima, Auditorio del Congreso de la República, 6 de julio de 2015, disponible en <http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/prensa/discursos/2015/discurso-06-07-2015.pdf>.

voluntad. No garantizándoles verdad, justicia y reparaciones ante tan graves violaciones a los derechos humanos. El Estado somete a las víctimas de esterilizaciones forzadas a una nueva y permanente situación de violencia.

En abril de 2015, el Ministerio Público Fiscal reabrió una investigación sobre la práctica sistemática de esterilizaciones forzadas como graves violaciones a los derechos humanos en el país.⁴⁴ Al momento de escribir este informe dicha investigación seguía abierta. Asimismo, en noviembre de 2015, el ejecutivo inició un registro de víctimas de esterilizaciones forzadas para darles apoyo psicológico y médico, y para facilitarles el acceso a la justicia, aunque hasta ahora, no se ha previsto otorgarles reparaciones integrales.⁴⁵

Lamentablemente esta práctica de esterilizar mujeres sin su debido consentimiento no es un hecho que ocurrió sólo en Perú. Organizaciones de la sociedad civil han documentado casos en por lo menos cuatro países de la región recientemente donde mujeres que viven con VIH son sometidas a esterilizaciones forzadas o bajo coerción,⁴⁶ incluyendo en algunos estados de México.⁴⁷

⁴⁴ En abril de 2015 el Fiscal Superior Titular Especializado contra la Criminalidad Organizada, Luis Landa Burgos, resolvió: “Ampliar la investigación preliminar del caso por TRES MESES a efecto de que se proceda a practicar las diligencias detalladas que permitan esclarecer el presente hecho.”. Queja de Derecho N° 01-2014. En febrero de 2016 se extendió el plazo de investigación 50 días.

⁴⁵ Mediante el “Decreto Supremo N° 006-2015-jus”, el Estado Peruano declara de interés nacional la atención prioritaria de víctimas de esterilizaciones forzadas producidas entre 1995 y 2001, y crea el registro correspondiente. Esto incluye la declaración de interés nacional de la atención social y la salud física y psíquica de las víctimas de esterilizaciones forzadas así como asistencia legal gratuita para que puedan acceder a la justicia. El Decreto Supremo establece que el Registro de Víctimas tiene la finalidad de “identificar el universo de personas afectadas y garantizar su acceso a la justicia”.

⁴⁶ Se considera esterilización forzada cuando una persona es esterilizada sin su conocimiento o consentimiento debidamente informado. La “esterilización bajo coerción” es cuando las personas dan su consentimiento para el procedimiento pero han recibido información errónea o se han utilizado tácticas coercitivas tales como intimidación, condicionar incentivos financieros o acceso a servicios de salud a su esterilización, etc. Conf. Kendall T and Albert C., “Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America.” *Journal of the International AIDS Society* 2015, 18:19462.

⁴⁷ En un informe realizado en El Salvador, Honduras, México y Nicaragua, se concluyó que las mujeres que viven con VIH y cuyos proveedores de salud lo sabían al momento de quedar embarazadas, tenían seis veces más probabilidades de experimentar esterilización forzada o coaccionada en estos países. Asimismo, muchas de estas mujeres informaron que los proveedores de salud les dijeron que por vivir con VIH se anulaba su derecho a elegir el número y espaciamiento de los hijos que deseaban tener, así como el derecho a utilizar un método anticonceptivo de su elección; empleando información errónea sobre las consecuencias para su salud y la de sus hijos y negando acceso a tratamientos que minimizan la transmisión madre-hijo del VIH para coaccionarlas a esterilizarse. Kendall T and Albert C., “Experiences of coercion to sterilize and forced sterilization among women living with HIV in Latin America”, *Journal of the International AIDS Society*, 2015, 18:19462. En igual sentido, un estudio regional (llevado a cabo por BALANCE A.C realizado a 100 mujeres con VIH en 2013) revela similares resultados, incluyendo dificultades en el acceso a la información en materia reproductiva, desde la falta de información en el momento de la prueba de diagnóstico, hasta las opciones de tratamiento, las opciones para ejercer sexo protegido y sexo más seguro, y las opciones para elegir tener hijos (informe Balance A.C, no publicado, en archivo en Amnistía Internacional).

En México, como en todos los países de la región, cuando las mujeres embarazadas llegan a los hospitales se encuentran en alto riesgo de sufrir violencia obstétrica.⁴⁸ La violencia obstétrica se manifiesta en situaciones como negación de tratamiento, indiferencia ante solicitudes o reclamos, regaños, burlas y decisiones médicas sobre el parto que se toman sin su consentimiento. Las mujeres que viven con VIH están todavía más expuestas a dicha violencia, algunas incluso pueden ser sometidas a esterilización forzada o coercionada debido a su estado serológico respecto al VIH, ya que no reciben la información adecuada sobre las formas de transmisión materno-infantil del virus.⁴⁹

Organizaciones de la sociedad civil, como Fondo María A.C y Red Balance A.C, han recibido en los últimos años diversos testimonios de mujeres que viven con VIH que señalan que con frecuencia la desinformación acerca de la transmisión del virus ha dado lugar a la esterilización forzada. Si bien existe amplia evidencia sobre la efectividad de las intervenciones para reducir el riesgo de la transmisión madre-hijo/a, se han registrado casos de mujeres seropositivas que han sido obligadas a someterse a esterilizaciones o aceptaron ser esterilizadas sin la adecuada información y conocimiento acerca de sus opciones.⁵⁰ Esta es la historia de Michelle en México.

⁴⁸ Según un informe del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), la violencia obstétrica es un problema serio en México, pues en muchos casos, la prestación de servicios de salud obstétricos en México puede concluir en violencia obstétrica o muerte materna y este fenómeno afecta significativamente a mujeres indígenas de escasos recursos. GIRE, *Niñas y Mujeres sin Justicia: derechos reproductivos en México*. México, 2015, pág. 119.

⁴⁹ Se pueden detener las nuevas infecciones por VIH en niños y se puede conservar la vida de sus madres si las mujeres embarazadas que viven con VIH y sus hijos tienen un acceso oportuno a fármacos antirretrovirales de calidad que salvan vidas: tanto para su propia salud como están indicados, como para prevenir la transmisión del VIH durante el embarazo, el parto y la lactancia. Cuando los fármacos antirretrovirales están disponibles como profilaxis, la transmisión del VIH puede reducirse a menos del 5 por ciento. ONUSIDA, “Plan mundial para eliminar las nuevas infecciones por VIH en niños para el 2015 y para mantener con vida a sus madres”, 2011, pág. 8.

⁵⁰ A pesar de que la legislación nacional define que la planificación familiar es “el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la edad y el estado social o legal de las personas.” NOM 005-SSA2-1993.

LA HISTORIA DE MICHELLE EN MÉXICO

Michelle es una mujer de 23 años de edad que vive con VIH, originaria de Veracruz, ama de casa y madre de dos hijos. En 2014, durante su segundo embarazo, Michelle acudió al Hospital General de su municipio como parte del cuidado prenatal, donde a los cuatro meses de embarazo le informaron que era portadora de VIH-SIDA. A partir de ese momento e incluso hasta después del parto, fue objeto de malos tratos por parte de los proveedores de servicios de salud del Estado de Veracruz.

A punto de dar a luz, tuvo una cita médica con el ginecólogo para programar su cesárea. Michelle asistió junto con su madre. El ginecólogo le dijo que tendría que operarse para no tener más hijos, es decir, practicarse la OTB.⁵¹ Michelle no quería operarse, prefería un método anticonceptivo como el DIU, sin embargo, el médico insistió. Michelle recuerda que le dijo de mala manera: “¿qué estás esperando?, ya tienes VIH y vas a traer a un niño enfermo, ¿para qué quieres embarazarte otra vez?”

“Sentí mucha presión y vergüenza —señala Michelle— pues el médico, incluso regañó a mi madre, le dijo que ella como mi madre ‘debe de entender’; después de diversos señalamientos e intimidaciones, obligó a mi madre a firmar una hoja que autorizaba la intervención, sin explicarnos de qué se trataba, ni proporcionar información sobre los riesgos que podría acarrear”. Michelle recuerda que tenía mucho miedo porque le habían dicho que era un proceso doloroso. A pesar de que Michelle expresó en diversas ocasiones que no quería la OTB, se la practicaron sin obtener su pleno consentimiento informado.

El 27 de septiembre de 2014 llegó al Hospital General en trabajo de parto pero el cirujano de turno no le quiso practicar la cesárea. Tuvo que esperar varias horas a que llegara una doctora que hacía los procedimientos a las mujeres con VIH.

Durante su estancia en el Hospital General, recibió tratos discriminatorios y maltrato verbal. Arriba de su cama le pusieron un letrero grande que contenía su nombre, edad, fecha de ingreso y la palabra VIH. Así mismo, el personal del sector salud se mostró indiferente a solicitudes de asistencia, para poder realizar necesidades básicas (como ir al baño).

Cuando Michelle tuvo una hemorragia, el personal de salud le pasó bruscamente un trapo para que ella limpiara su sangre, mientras le gritaban que debía hacerlo porque el personal del hospital quería evitar contagios. Michelle recuerda también que sólo a ella le daban de comer en platos desechables después de que comían todas las mujeres que se encontraban en esa área.

Actualmente Michelle trabaja en una fundación que ayuda a mujeres embarazadas que viven con VIH, lo que la ha ayudado a superar el trauma y compartir experiencias con otras mujeres que, como ella, han sufrido esterilización forzada. “Me dolió, no porque quisiera tener otro hijo —pues no estaba en mis planes—, sino porque es una cicatriz que voy a llevar toda mi vida, no fue una decisión que naciera de mí, me la hicieron a la fuerza”.

⁵¹ El procedimiento médico de Oclusión Tubaria Bilateral (OTB), es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión tubaria bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la fertilización. Véase Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar, disponible en: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco_juridico/normas/nom_02.pdf.

El caso de Michelle deja al descubierto una práctica que, además de ser altamente discriminatoria, viola los estándares de derechos humanos que reconocen que las mujeres que viven con VIH tienen el derecho a la anticoncepción y a otros servicios de salud reproductiva en las mismas condiciones que todas las mujeres. Estos estándares establecen que se debe disponer de medios anticonceptivos seguros y asequibles y que las mujeres deben tener el derecho de elegir o rechazar libremente los servicios de planificación familiar (incluidos los servicios de esterilización).⁵²



Mural alusivo al combate contra la violencia de género en el marco del Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra las mujeres. Veracruz, México, 2015 © Departamento de Comunicación Social del Municipio de Veracruz

Los casos de Esperanza y de Michelle tienen algo en común con los casos de Rosaura y Tania: en todos ellos fueron otras personas, en general personal médico que depende del Estado, los que tomaron decisiones sobre su futuro reproductivo, sobre su salud y sobre su vida, con gravísimas consecuencias que las acompañan hasta el día de hoy. A todas ellas se les privó la libertad de tomar decisiones tan trascendentales como detener un embarazo que ponía en riesgo su vida o su salud o tener un hijo deseado o ser esterilizadas de manera permanente para nunca más poder tener hijos. Y con ellas comparte también la misma experiencia de violencia en manos del Estado una niña paraguaya: Mainumby.

En abril de 2015, la historia Mainumby,⁵³ una niña de 10 años, de sólo 34 kilos, con 21 semanas de embarazo debido a la violación sufrida aparentemente por su padrastro, conmocionó a la ciudadanía y recorrió el mundo entero.

⁵² “La Declaración interinstitucional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), ONU Mujeres, ONU SIDA, UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo y la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH) sobre esterilización involuntaria”, pp. 3-4; Eliminar la esterilización forzada, bajo coacción e involuntaria: Una declaración interinstitucional, 2014, disponible en inglés: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201405_sterilization_en.pdf.

⁵³ Nombre ficticio.

LA HISTORIA DE MAINUMBY EN PARAGUAY

Mainumby vivía con su madre, su hermano W.F. y su padrastro en una vivienda de escasos recursos en las afueras de Asunción. Su madre, CEF, trabajaba en la cocina de un colegio, saliendo de la casa muy temprano en la mañana y volviendo casi de noche, el padrastro trabajaba como mecánico sin un horario fijo. CEF⁵⁴ tenía sospechas de que su hija era abusada; por eso, desde enero de 2014 levantó denuncias que fueron desestimadas por las autoridades competentes, quienes no investigaron adecuadamente ni dieron protección inmediata a la niña, separándola del posible agresor.

En enero de 2015, Mainumby comenzó a quejarse de dolores de vientre y malestares. A partir de ahí su madre la llevó a dos centros de salud públicos diferentes, en ambos le diagnosticaron parasitosis. A mediados de abril, ante la persistencia del malestar, acudieron a un sanatorio privado donde le diagnosticaron un posible tumor y pidieron una ecografía. Fue el 21 de abril de 2015, cuando Mainumby llegó con su mamá al Hospital Materno Infantil de Trinidad para realizarse la ecografía y le detectaron de casualidad el embarazo de 20-21 semanas.

En ese hospital la niña y su madre recibieron asistencia integral. El Director del Hospital hizo las denuncias correspondientes y declaraciones públicas mencionando un embarazo de alto riesgo por la corta edad de la niña y porque su útero no estaba lo suficientemente desarrollado para albergar un bebé. De acuerdo con información de prensa, el Director del Hospital declaró que “en caso de que la salud o la vida de la niña corran peligro, se evaluará interrumpir el embarazo. Estamos legalmente facultados a realizarlo”⁵⁵. A partir de entonces hubo una presión permanente de organizaciones con afiliación religiosa, ante CEF y ante diferentes autoridades en diversas instancias del Estado, para evitar que se interrumpiera el embarazo de la niña.

El 23 de abril la Fiscalía de turno ordenó que la niña fuera internada en el Hospital Privado Reina Sofía de la Cruz Roja Paraguaya, acompañada de su mamá y que por el momento no fuera a la escuela. Cuatro días después la separaron de CEF porque ordenaron su detención, acusada del incumplimiento del deber de cuidado y de complicidad en el abuso a su hija, a pesar de haber denunciado sospechas de abuso anteriormente. El violador de la niña estaba prófugo. La detención de CEF sucedió el mismo día en que solicitó la interrupción del embarazo de Mainumby para evitar peligros a su vida y su salud. El caso tomó tanta notoriedad pública que incluso las más altas autoridades del país declararon a la prensa el rechazo categórico del pedido de aborto.⁵⁶

Además de negarle el aborto, Mainumby fue separada de su mamá y quedó sola en el Hospital. Días después fue “internada”, por orden de una jueza en un hogar conocido como el “albergue para niñas madres”⁵⁷. Este hogar es un recinto cerrado y las visitas estaban totalmente restringidas por orden verbal de la jueza interviniente en el caso. Mientras estuvo en ese albergue, Mainumby no fue a la escuela y sólo después de numerosas solicitudes de CEF, recibió apoyo escolar una vez por semana. El 24 de mayo, día en que Mainumby cumplía 11 años, recibió por primera vez la visita de su mamá (autorizada a pasar 15 minutos con ella en el albergue).

⁵⁴ Quien pidió identificarse con esas siglas.

⁵⁵ ABC Color, Declaraciones del Dr. Ricardo Oviedo, Director del Hospital Materno Infantil de Trinidad; 24 abril de 2015, disponible en <http://www.abc.com.py/edicion-impresa/locales/si-la-vida-de-nina-embarazada-corre-riesgo-interrumpiran-gestacion-dicen-1359702.html> Ver también https://www.youtube.com/watch?v=8_OLLYOiam8.

⁵⁶ “No estamos [dentro del Estado], desde todo punto de vista, a favor de la interrupción del embarazo”, publicación en un medio local sobre las declaraciones del Ministro de Salud Pública y Bienestar Social Antonio Barrios rechazando el aborto, en el marco del Caso de ‘Mainumby’: <http://www.ultimahora.com/nina-embarazada-ministro-salud-no-esta-favor-del-aborto-n892740.html>. El aborto está penalizado en Paraguay, salvo cuando la vida de la mujer o niña esté en peligro.

⁵⁷ El 30 de abril, la Jueza de Menores ordena mediante medida cautelar, la internación de Mainumby en el Hogar Maternal “Andrés Gutebich”, muy cercano al Hospital.

Durante el tiempo que estuvo en prisión, CEF no tuvo novedades de su hija por las autoridades, sólo por los medios de prensa y a través de organizaciones de derechos humanos que la acompañaron y asesoraron.

Mainumby finalmente dio a luz por cesárea el 13 de agosto de 2015 en el Hospital de la Cruz Roja y fue dada de alta 10 días más tarde. Hasta el día de hoy, las secuelas físicas y psicológicas, y en su plan de vida no son claras. Mainumby está teniendo enormes dificultades para acceder a los medicamentos que requiere para su recuperación y a la leche entera enriquecida para la recién nacida que le permitiría realizar otros aspectos importantes en su desarrollo como niña, incluido ir a la escuela, lo cual le resulta prácticamente imposible en este momento porque debe amamantar a la recién nacida.

El caso de CEF ha sido sobreseído, pero ella ha perdido su trabajo y ahora debe cuidar de sus dos hijos menores de edad y de la recién nacida.



Marcha para conmemorar el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Asunción, Paraguay, 25 de noviembre de 2015. © REUTERS.

Este es probablemente uno de los casos donde con más crudeza queda al descubierto el ciclo de violencia institucional al que son sometidas las mujeres y las niñas por agentes del propio Estado. La denuncia de CEF en enero de 2014, sobre el posible abuso de Mainumby, ante la Consejería Municipal de Derechos del Niño, Niña y Adolescente (CODENI) no fue tomada en cuenta.⁵⁸ A pesar de tener la obligación legal de investigar y proteger, lo único que hicieron los funcionarios del Estado fue decirle a CEF que debía hacer una denuncia en una Fiscalía Penal. El 20 de enero de 2014, CEF hizo la denuncia ante la fiscalía que abrió una

⁵⁸ La CODENI es una institución dependiente de los municipios, reconocida en el Código de la Niñez y la Adolescencia de Paraguay (2001), código que recoge los principios de la Convención de los Derechos del Niño. Paraguay tiene además con la Ley 4295/11 que establece el procedimiento ante el maltrato infantil. Ambas normas establecen la obligación de la CODENI de recibir las denuncias sobre violación de derechos de niñas y adoptar inmediatamente las medidas de protección y apoyo correspondientes (ver Código de la Niñez y la Adolescencia, artículos 5 y 34 y Ley 4295/11, artículo 4). La CODENI ha declarado que no tiene registro de la denuncia de CEF, sin embargo ha reconocido que “en los casos donde se denuncia un supuesto abuso sexual, esa dirección recomienda al denunciante la realización de la denuncia ante el Ministerio Público” (Cf. expediente penal de la causa sobre abuso sexual de Mainumby -Causa 484/2014, Fjs 19, en archivo en Amnistía Internacional).

investigación que luego fue desestimada sobre la base de que los análisis psicológicos de la niña no encontraron signos de abuso.⁵⁹ El Fiscal no tuvo en cuenta ninguno de los recaudos de debida diligencia exigidos a los funcionarios estatales al investigar violencia contra las mujeres y niñas establecidos en los estándares internacionales de derechos humanos.⁶⁰ Tampoco identificó al presunto agresor para separarlo preventivamente de la niña, ni comunicó el caso a la Defensoría de la Niñez para que protegieran los derechos de la niña.

De acuerdo con la Convención sobre Derechos del Niño (en adelante CDN), los niños, niñas y adolescentes (NNA) son titulares de los derechos que les corresponden a todas las personas y también de derechos específicos por ser personas en crecimiento. De acuerdo al artículo 3.1. de la CDN: “En todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño”. La CDN establece también mecanismos de protección especial de los NNA contra el abuso físico, mental y sexual y los malos tratos, incluida la obligación del Estado de protegerlos e investigar a los autores de tales delitos.⁶¹

Al respecto, el Comité de los Derechos del Niño recomienda “que los casos de violencia en el hogar y de malos tratos y abuso de niños, incluido el abuso sexual en la familia, sean debidamente investigados con arreglo a un procedimiento judicial favorable al niño y que se castigue a sus autores, con el debido respeto a la protección del derecho a la intimidad del niño. También deberán adoptarse medidas para que los niños puedan disponer de servicios

⁵⁹ El 20 de agosto de 2014 el Fiscal solicita la desestimación de la denuncia. Causa 484/2014. Agente Fiscal Penal de la Fiscalía Zonal Numero 5 de Luque.

⁶⁰ Entre otros, en una investigación penal por violencia sexual es necesario que: i) la declaración de la víctima se realice en un ambiente cómodo y seguro, que le brinde privacidad y confianza; ii) la declaración de la víctima se registre de forma tal que se evite o limite la necesidad de su repetición; iii) se brinde atención médica, sanitaria y psicológica a la víctima, tanto de emergencia como de forma continuada si así se requiere, mediante un protocolo de atención cuyo objetivo sea reducir las consecuencias de la violación; iv) se realice inmediatamente un examen médico y psicológico completo y detallado por personal idóneo y capacitado, en lo posible del sexo que la víctima indique, ofreciéndole que sea acompañada por alguien de su confianza si así lo desea; v) se documenten y coordinen los actos investigativos y se maneje diligentemente la prueba, tomando muestras suficientes, realizando estudios para determinar la posible autoría del hecho, asegurando otras pruebas como la ropa de la víctima, investigando de forma inmediata el lugar de los hechos y garantizando la correcta cadena de custodia, y vi) se brinde acceso a asistencia jurídica gratuita a la víctima durante todas las etapas del proceso. Corte IDH, *Caso Fernández Ortega y otros Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 30 de agosto de 2010, párr. 194. En el mismo sentido: Corte IDH, *Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 31 de agosto de 2010, párr. 178; Corte IDH, *Caso J Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 27 de noviembre de 2013, párr. 344.

⁶¹ Art. 19 de la CDN: “1. Los Estados Parte adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo. 2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial”.

de apoyo durante los procedimientos judiciales; para garantizar la recuperación física y psicológica y la reintegración social de las víctimas de violaciones y para evitar que las víctimas sean tratadas como delincuentes o sean estigmatizadas”.⁶²

Como sucede en toda la región, las víctimas de violencia intrafamiliar muchas veces no son tomadas en serio y sus denuncias no son investigadas como corresponde ni ellas protegidas. Si la CODENI o la Fiscalía hubieran tomado las medidas inmediatas de protección y separado al presunto agresor de esa niña, ella no hubiera seguido siendo violada por su padrastro y no hubiera quedado embarazada.⁶³

Luego de la revictimización que sufrió Mainumby a manos del sistema de justicia que debía protegerla, el sistema de salud estatal también falló. CEF llevó a su hija a dos instituciones públicas de salud donde no sólo le dieron el diagnóstico y la medicación equivocada, sino que ante la queja de Mainumby, una doctora la llamó “berrinchera y caprichosa”. Fue casualmente que, cuatro meses después, un hospital público finalmente detectó el embarazo producto de violación, cuando ya cursaba la semana 20-21.

El aborto está penalizado en Paraguay, salvo cuando la vida de la mujer o niña esté en peligro,⁶⁴ y no está permitido en ninguna otra circunstancia, ni siquiera cuando el embarazo es consecuencia de violación o incesto, o cuando la salud de la mujer o niña está en peligro. Todo ello en violación del mínimo requerido por los estándares de derechos humanos.⁶⁵ Recientemente, el Comité de los Derechos del Niño, analizando la situación en otro país, ha expresado su preocupación por el hecho de que el aborto es ilegal en casos de violación o incesto y la interpretación restrictiva del aborto terapéutico, una situación que obliga a las niñas a recurrir al aborto inseguro poniendo en riesgo su salud y su vida; y ha recomendado al Estado:

⁶² Rachel Hodgkin y Peter Newell, *Manual de aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño*, UNICEF, comentario al art. 19, pág. 281.

⁶³ De acuerdo al diagnóstico, Mainumby tenía 20-21 semanas de embarazo el 21 de abril de 2015. De manera que la violación sexual que produjo el embarazo debió haber ocurrido alrededor de mediados del mes de diciembre de 2014.

⁶⁴ Artículo 109.4 del Código Penal, Muerte indirecta por estado de necesidad en el parto. “No obra antijurídicamente el que produjera indirectamente la muerte de un feto si esto, según los conocimientos y las experiencias del arte médico, fuera necesario para proteger de un peligro serio la vida de la madre”.

⁶⁵ De acuerdo con las normas internacionales de derechos humanos, los Estados tienen la obligación de:

- 1- Despenalizar el aborto en todas las circunstancias para eliminar las medidas punitivas impuestas a las mujeres y niñas que buscan servicios de aborto y los profesionales de la salud que los prestan si hay consentimiento pleno.
- 2- Garantizar el acceso al aborto en la ley y en la práctica, como mínimo en los casos en que el embarazo entraña un riesgo para la vida o la salud de la mujer, de malformación mortal del feto y de violación o incesto.
- 3- Tomar medidas para garantizar que la vida y la salud de la mujer o niña tienen prioridad sobre la protección del feto.
- 4- Con independencia de la situación jurídica del aborto, los Estados tienen la obligación de garantizar el acceso a unos servicios de salud de calidad y confidenciales para el tratamiento de las complicaciones derivadas de los abortos inseguros y de los abortos espontáneos. Esta atención debe prestarse sin discriminación, coacción ni violencia. Para más información sobre los estándares de derechos humanos en relación al aborto ver Amnistía Internacional “Al borde de la muerte: violencia contra las mujeres y prohibición del aborto en El Salvador”; Índice: AMR 29/003/2014, septiembre de 2014, páginas 47-50 y Anexo I. El Comité contra la Tortura ha expresado reiteradamente su preocupación por el hecho de que las restricciones en el acceso al aborto y las prohibiciones absolutas con respecto al mismo conculcan la prohibición de la tortura y los malos tratos (Véase CAT/C/PER/CO/4, párr. 23). Sobre las restricciones legales del aborto como tortura y otros TCID ver capítulo 4, pág. 47.

*“despenalizar el aborto en todas las circunstancias, garantizar el acceso de las niñas a los servicios de aborto seguro y atención post-aborto, al menos en los casos de violación, incesto, grave malformación del feto y en los casos de riesgo para la vida y la salud de las madres, y proporcionar una orientación clara a profesionales de la salud e información a los adolescentes sobre la atención segura de aborto y post aborto. Las opiniones de las niñas embarazadas siempre deben ser escuchadas y respetadas en las decisiones de aborto.”*⁶⁶

Incluso bajo esta legislación restrictiva de Paraguay, Mainumby debió haber tenido acceso a un aborto legal. La Organización Mundial de la Salud ha declarado que el embarazo en adolescentes representa un peligro para sus vidas y que el riesgo de muerte materna es cuatro veces más alto en adolescentes menores de 16 años que en mujeres de más de 20.⁶⁷ De acuerdo a fuentes periodísticas, la Dra. María Ligia Aguilar, directora de Salud Integral de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Salud de Paraguay, hizo declaraciones a la prensa en igual sentido.⁶⁸

Con toda esa información disponible, funcionarios del Estado negaron la posibilidad de interrumpir el embarazo de alto riesgo. Ante dicha negativa; expertos de la ONU, el Parlamento Europeo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y otras organizaciones nacionales e internacionales pidieron a las autoridades que adoptaran medidas urgentes para proteger la vida y la salud de la niña garantizando su acceso a toda la atención para la salud necesaria, incluida la opción de un aborto seguro.⁶⁹ Sin embargo, las autoridades siguieron rechazando la posibilidad del aborto alegando que la salud de la niña era estable.⁷⁰ Posteriormente, Paraguay rechazó las medidas cautelares dictadas por

⁶⁶ Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales a los informes periódicos cuarto y quinto de Perú. (11-29 Enero de 2016). Párr. 56.b. disponible en http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fPER%2fCO%2f4-5&Lang=en.

⁶⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS), “Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo”, disponible en <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>.

⁶⁸ Manifestó que un embarazo a temprana edad crea diversas complicaciones que pueden comprometer tanto la vida de la joven madre como la del bebé: “Uno de los riesgos es la amenaza de parto prematuro, se da en el 18% de los casos. Esto puede disminuir las posibilidades de que sobreviva el niño. También se pueden dar complicaciones durante el alumbramiento que incluso, en ocasiones, generan el deceso de la niña adolescente” <http://www.abc.com.py/edicion-impres/locales/si-la-vida-de-nina-embarazada-corre-riesgo-interrumpiran-gestacion-dicen-1359702.html>.

⁶⁹ Véase Naciones Unidas, *Paraguay no ha logrado proteger a una niña de 10 años embarazada tras ser violada*, 11 de mayo de 2015, <http://www.ohchr.org/SP/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=15944&LangID=S>. Véanse también Comisión Interamericana de Derechos Humanos, medidas cautelares, MC 178/15 – Niña Mainumby respecto de Paraguay, 8 de junio de 2015, <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/2015/MC178-15-ES.pdf> y Parlamento Europeo, resolución de 11 de junio de 2015 sobre los aspectos jurídicos relacionados con los embarazos infantiles en el Paraguay (2015/2733(RSP)) <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P8-TA-2015-0230+0+DOC+XML+V0//ES>. Véase también Amnistía Internacional, *Paraguay insiste en desconocer el drama de niña de diez años violada y embarazada* (Índice: AMR 45/1695/205).

⁷⁰ Ministerio de Salud Pública de Paraguay <http://www.mspbs.gov.py/v3/nina-embarazada-gestacion-no-presenta-complicaciones/> y Ministerio de Relaciones Exteriores de Paraguay <http://www.mre.gov.py/v2/Noticia/2876/comunicado-de-prensa>.

la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 8 de junio de 2015 que ordenaban proteger la vida y la integridad de la niña garantizando todas las opciones médicas disponibles.⁷¹

El Estado nunca tuvo en cuenta las consecuencias para la salud integral y el proyecto de vida de esta niña, todos los peligros físicos y mentales que este embarazo de alto riesgo entrañaba a corto, mediano y largo plazo. Se trataba de una niña muy pequeña que ya estaba sufriendo el profundo trauma de la violación y los abusos sexuales y estaba cursando un embarazo que se lo recordaba a diario. Cuesta entender la brutal crueldad de obligar a una niña a un embarazo y a una maternidad forzada. Las repercusiones físicas y mentales de continuar con este embarazo de alto riesgo, de dar a luz y de amamantar a un recién nacido podrían ser devastadoras y equiparables a la tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes.

En un caso similar en 2012, la Corte Europea de Derechos Humanos estableció que el accionar del Estado había violado la “prohibición de tratos inhumanos o degradantes” y declaró que las dificultades de la niña aumentaron debido a “la falta de un marco jurídico claro, la dilación del personal médico y también como resultado de acoso [por parte de instituciones religiosas]”.⁷²

El caso de Mainumby es un caso de violencia extrema pero lamentablemente este no es un caso aislado en Paraguay ni en la región, que tiene la segunda tasa más alta de embarazos adolescentes del mundo (alrededor de 70 nacimientos por 1.000 mujeres entre 15-19 años) y donde se estima que un 38% de las mujeres quedan embarazadas antes de cumplir 20 años. Casi el 20% de los nacimientos son de madres adolescentes.⁷³

La tasa de embarazos de niñas menores de 14 años es todavía desconocida en la región pero es uno de los temas más escalofriantes porque estudios preliminares indican que es un problema de prácticamente todos los países de la región, que ataca especialmente a niñas de familias que viven en la pobreza, rurales, indígenas y que es el producto de una cadena de

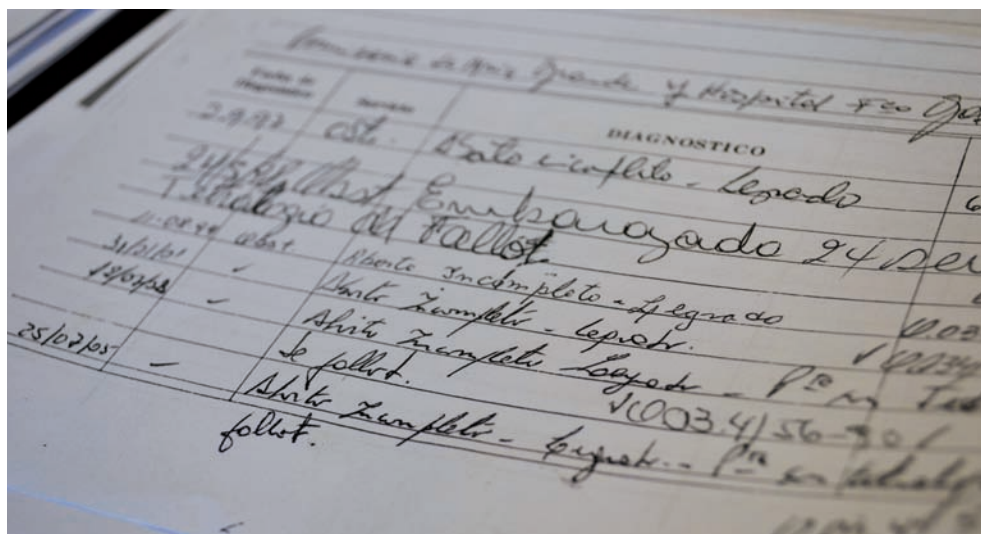
⁷¹ Véase Ministerio de Relaciones Exteriores, comunicado de prensa, 11 de junio de 2015, <http://www.mre.gov.py/v2/Noticia/2876/comunicado-de-prensa>.

⁷² Corte Europea de Derechos Humanos, *Caso P. & S. Vs Poland*, ECHR 398, 2012. El caso es de una niña de 14 años “P”, que resultó embarazada producto de una violación y cuyo derecho al aborto le fue denegado. En el hospital local, el jefe de Obstetricia y Ginecología dijo a P y su madre que necesitaban un sacerdote, no un aborto, y facilitó una reunión con un sacerdote católico. P descubrió que el sacerdote tenía información confidencial sobre su embarazo sin su consentimiento. Desesperadas, P y su madre viajaron a Varsovia, donde con apoyo de una ONG consiguieron finalmente un doctor, pero la iglesia siguió interfiriendo y fueron acosadas al punto que necesitaron protección policial. Semanas después de la violación y sólo unos pocos días antes de la fecha límite para practicarse un aborto no punible, el Ministerio de Salud intervino y P pudo obtener el aborto al que tenía derecho en un hospital a 500 kilómetros de distancia de su casa. De todas maneras, el Estado fue condenado por la Corte Europea de DDHH (<http://hudoc.echr.coe.int/fre-press?i=003-4140612-4882633>) [disponible en inglés y francés únicamente].

⁷³ UNFPA Paraguay, *JOPARE*, Julio 2013, <www.unfpa.org.py>.

falencias gravísimas en la protección de estas niñas por parte de los Estados.⁷⁴ En Paraguay, por definición, todo embarazo de menores de 14 años es producto de abuso sexual. Las tasas en este país se mantienen sin mejoras durante muchos años.⁷⁵

Desgraciadamente, no sólo ante casos de niñas, ciertos agentes del Estado consideran que tienen mayor poder de decisión que la propia persona cuya vida, salud y proyecto de vida está en juego, así como el de toda su familia. Muy cerca de Asunción, en Entre Ríos (Argentina), Mónica sufrió similar violencia a manos del Estado con gravísimas consecuencias para su salud y vida. Los casos de Mainumby y de Mónica tienen otra cosa en común: la vulnerabilidad especial de aquellas mujeres y niñas de escasos recursos económicos frente al sistema que las violenta.



Extracto de la ficha médica de Mónica, donde consta que se ha interrumpido arbitrariamente el aborto solicitado por ella e indicado médicamente, Argentina, 2015. © Amnistía Internacional.

⁷⁴ Plan Parenthood Federation of America – Global; Informe “Vidas Robadas”, todavía no publicado (conclusiones preliminares en archivo en Amnistía Internacional). CLADEM (informe a ser publicado en marzo 2016, conclusiones preliminares en archivo en Amnistía Internacional).

⁷⁵ Datos oficiales señalan que en el año 2009 se registraron 590 embarazos en niñas y adolescentes de esta edad, en el 2010 fueron 555 y en el 2011 un total de 611. UNFPA Paraguay, *JOPARE*, Julio 2013, www.unfpa.org.py.

LA HISTORIA DE MÓNICA EN ARGENTINA⁷⁶

Mónica padece una patología cardíaca congénita que le ocasiona varias complicaciones.⁷⁷ Producto de esta patología, Mónica sufrió cinco abortos espontáneos entre 1997 y 2005; en este último aborto, producido en el sexto mes de embarazo y dado los riesgos que cada embarazo significaban para su salud y su vida, el médico le indicó que se realizara una ligadura de trompas y ella estuvo de acuerdo. Sin embargo, el día que la internaron para practicársela, el hospital público no la realizó porque, según su historia clínica, “el quirófano no estaba preparado” y fue dada de alta sin que la cita fuera reprogramada y sin ofrecerle ningún método anticonceptivo alternativo.⁷⁸

Mónica y su marido tienen un hijo de 17 años “M”, nacido el 15 de junio de 1998, a las 27 semanas con un peso de 1700 gramos. M padece retraso madurativo por nacimiento prematuro, causado como consecuencia directa de la patología que afecta a la madre.

El 15 de junio de 2011, Mónica concurre al Hospital público San Roque donde le diagnosticaron un embarazo de diez semanas. Aunque el hospital tenía todos sus antecedentes clínicos, le indicaron estudios cardiológicos para confirmar su cuadro de salud. Dichos estudios recién fueron realizados a fines de julio, cuando cursaba la semana 17 de embarazo.

El 4 de agosto, el Ateneo Multidisciplinario del Hospital San Roque concluyó de forma unánime que “en aras de proteger la vida de la paciente, expuestas y probadas [...] las especiales y graves características de su salud, resulta apropiado aconsejar la interrupción del embarazo de la paciente [...] en protección de su salud y para evitar peligro de vida”.

En Argentina, el aborto es legal en casos de violación y de peligro para la vida o salud de la mujer. De manera que éste lo era.

El mismo 4 de agosto, Mónica expresó por escrito su consentimiento para interrumpir el embarazo y la intervención fue programada para el 11 de agosto en el Hospital San Martín que tiene servicios de cardiología, por si eran necesarios.

El 11 de agosto, mientras Mónica era preparada para ingresar al quirófano en compañía de su hermana, irrumpió un médico diciendo que lo que le iban a hacer “era un crimen”, y que él iba a denunciar a los médicos intervinientes e iba a suspender la cirugía de interrupción del embarazo. Este médico no sólo logró cancelar el procedimiento sin el consentimiento de Mónica, sino que la sometió a nuevos exámenes

⁷⁶ Los nombres utilizados en este caso han sido modificados para proteger la identidad de las personas a petición suya.

⁷⁷ “Tetralogía de Fallot”, una enfermedad del corazón compleja que consta de defectos del tabique interventricular, superposición de la aorta, estenosis pulmonar e hipertrofia del ventrículo derecho. La mayoría de los pacientes es sometida a corrección quirúrgica temprana. El flujo y la presión arterial pulmonar están disminuidos y se puede acompañar de algún grado de hipoplasia de las ramas pulmonares. (http://www.sachile.cl/upfiles/revistas/51c333327fc54_revision_carvajal.pdf). Estudios han mostrado que entre las complicaciones obstétricas más comunes, se detectaron el parto por cesárea (20%), también se encontraron episodios cardiovasculares como arritmias importantes (8,1%), hemorragia postparto (10%) y trastornos de hipertensión (8%). En menor proporción, insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular (ACV)) <http://www.reproduccionasistida.org/tetralogia-fallot-embarazo/>).

⁷⁸ Pese a que la ligadura de trompas se encuentra prevista expresamente en el artículo 6º de la Ley Nacional N° 25673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, de 2003, recién en 2006 se aceptó como un método aceptado y a disposición de pacientes con este tipo de cuadros de riesgo.

cardiológicos por parte de médicos que accedieron a su historia clínica sin su consentimiento. A pesar de que luego fue denunciado, el personal médico no recibió ninguna sanción.⁷⁹

Ese mismo día ordenan trasladar a Mónica de vuelta al Hospital San Roque “por tener dicho hospital experiencia en este tipo de patologías” y un día después, ese hospital ordena otro traslado de Mónica al Hospital Posadas de la Provincia de Buenos Aires, situado a 1250 kilómetros de la ciudad donde Mónica vivía con su familia, por considerarlo un centro de mayor complejidad.

El 14 de agosto Mónica es internada en el Hospital Posadas de la Provincia de Buenos Aires, absolutamente sola. Su marido la podía visitar una vez por semana en el horario de 16 a 17 horas. La distancia, el costo del viaje y el hecho de que su marido debía cuidar a su hijo y continuar trabajando, hizo que Mónica pasara prácticamente los cuatro meses que la mantuvieron internada totalmente sola. Por cesárea da a luz a su hija el 25 de noviembre.

Ocho días después, estando aún internada en el Hospital Posadas, Mónica sufre un accidente cerebro vascular (ACV). Su patología congénita no corregida, la imposición de continuar con un embarazo que ella había pedido interrumpir, la cantidad de medicamentos que le dieron en la última etapa del embarazo y el estar internada contra su voluntad y separada de su familia, fueron todas causas que contribuyeron al ACV que le dejó paralizado el lado izquierdo del cuerpo. Mónica sufre otras descompensaciones que la obligaron a continuar internada durante más de seis meses.

Mónica padece secuelas permanentes causadas por el ACV y por el trauma que ha vivido. No puede mover su mano, tiene poca movilidad en una de sus piernas, teme salir a la calle y su vida y la de su familia ya no son las mismas.

En el caso de Argentina, la legislación permite la interrupción legal del embarazo cuando la vida o la salud de la mujer embarazada estén en riesgo o cuando el embarazo es producto de violación. En el caso de Mónica no había ninguna duda sobre la legalidad del aborto, ella lo solicitó y un grupo multidisciplinario médico lo había recomendado para salvar su vida y su salud.

La legalidad del aborto en estos casos ha sido confirmada por la Corte Suprema de Justicia la Nación, el 13 de marzo de 2012.⁸⁰ A casi cuatro años del fallo, el acceso al aborto legal (vigente desde 1921) no es implementado en todo el territorio nacional.⁸¹

⁷⁹ Pese a que se inició un sumario administrativo a los médicos del servicio, producto de la insistencia de las organizaciones que tomaron noticia del caso, “se dio por finalizada la información sumaria, no surgiendo reproche administrativo alguno por el accionar del personal del Hospital”. Boletín Oficial, Provincia de Entre Ríos, Paraná, N° 25.378 - 007/14, viernes 10 de enero de 2014, Resolución N° 3336, APROBANDO Y FINALIZANDO SUMARIO, Paraná, 11 de septiembre de 2013.

⁸⁰ En el caso “F.A.L.”, la CSJN aclaró la manera en que debía interpretarse el artículo 86 del Código Penal. Estableció que el aborto legal debe realizarse, sin necesidad de autorización judicial, siendo suficiente, en los casos de violación, la declaración jurada de la mujer. Exhortó a las autoridades nacionales, de la Ciudad de Buenos Aires y provinciales a remover todas las barreras administrativas o fácticas a través de la implementación y operativización de protocolos hospitalarios para la atención de abortos no punibles. CSJN, *Caso F.A.L. s/ medida autosatisfactiva*, 13 de marzo de 2012.

⁸¹ Tan sólo ocho jurisdicciones cuentan con protocolos que se ajustan casi en su totalidad a lo dictado por el Tribunal Supremo y los protocolos se corresponden con lo dispuesto por la Corte Suprema (Chaco, Chubut, Jujuy, La Rioja, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe y Tierra del Fuego). Las provincias de Córdoba, Entre Ríos, La Pampa, Neuquén, Buenos Aires, Río Negro, Salta y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires deben ajustar sus protocolos a los estándares establecidos por la Corte; mientras otras ocho jurisdicciones aún no cuentan con ningún manual de procedimientos: Catamarca, Corrientes, Formosa, Mendoza, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán.

Según cifras oficiales del Ministerio de Salud, durante 2013 en Argentina murieron 243 mujeres por causas relacionadas al embarazo.⁸² Desde 1980, las complicaciones relacionadas con el aborto siguen siendo la primera causa de muerte materna directa.⁸³ Las complicaciones por aborto inseguro son la primera causa individual de muerte materna en 17 de las 24 provincias. Se calcula que más de 60.000 mujeres tienen que ser internadas en un hospital público por consecuencias de abortos realizados en condiciones inseguras. La mayoría de las víctimas proceden de entornos con pocos recursos económicos o ingresos bajos.⁸⁴

A pesar de que el caso de Mónica era claramente un aborto no punible, el Estado no le permitió ejercer su derecho y respondió con violencia de manera similar a los casos de Rosaura, Tania y Teodora. Esta violencia incluyó trasladarla a varios centros de salud, someterla a un embarazo forzado con gravísimos riesgos para su vida y su salud, una internación forzada muy parecida a una detención ilegal que la mantuvo separada de su familia casi un año. Todo este ciclo de violencia culminó en gravísimas consecuencias para su salud física y mental y para su vida, dejando al descubierto el poder del personal médico para imponer sus propias convicciones sobre los derechos a la salud, la integridad física, la autonomía y la vida de una mujer, incluso en contextos en donde la legalidad del aborto no estaba en duda, y la complicidad del Estado que permite dicha imposición.

En los hospitales públicos de Argentina se registran 53.000 internaciones por abortos al año.⁸⁵ Del total, cerca del 15% corresponden a adolescentes y niñas menores de 20 años y alrededor del 50% a mujeres de entre 20 y 29 años. Lamentablemente, la falta de datos precisos y confiables sobre las internaciones hospitalarias y los indicadores de fertilidad y reproducción impactan de forma negativa en la estimación de los abortos.

Son muchos y diversos los obstáculos que enfrentan mujeres y niñas para ejercer sus derechos: el uso abusivo de la objeción de conciencia de los efectores de salud, el uso de la justicia para demorar y obstaculizar abortos, los sistemas de salud que repelen a mujeres y niñas a través de comentarios reprobatorios, la mala fe de los proveedores de salud y de funcionarios públicos, la violación del secreto profesional, el hostigamiento y persecución a mujeres y niñas, la influencia de la iglesia sobre los gobiernos nacional y local, la falta de incorporación normativa expresa de las prestaciones que demandan los casos de aborto no punible como prácticas esenciales del servicio de salud. Todas ellas estrategias dilatorias que operan en contra el derecho al aborto legal y someten a las mujeres y niñas a situaciones de violencia institucional.

⁸² Ministerio Salud de la Nación, *Estadísticas Vitales*, 2014 disponible en: <http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro57.pdf>.

⁸³ *Idem*.

⁸⁴ Edith Pantelides (Conicet y Cenep-Centro de Estudios de Población) y Silvia Mario (Instituto Gino Germani), *Estimación de la magnitud del aborto inducido en Argentina*, Ministerio de Salud de la Nación.

⁸⁵ Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación, *Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico, año 2010*, diciembre de 2012, pág. 19.

3. CONSECUENCIAS: EL ESTADO COMO UN “APARATO REPRODUCTOR” DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

La violencia institucional contra las mujeres producida por legislaciones o prácticas estatales discriminatorias como las acá descritas, no terminan en la aplicación de dichas normas. Cuando un Estado organiza su aparato para restringir derechos fundamentales de las mujeres, como los ejemplos de este informe muestran, ese Estado manda un mensaje muy claro a sus agentes: desde este Estado se promueve, o por lo menos se tolera, la falta de igualdad de las mujeres, la violación de sus derechos humanos, la discriminación.

Esto convierte al Estado en un aparato generador y reproductor de violencia contra las mujeres y en ocasiones de tortura u otros malos tratos, entre otras razones, porque la legislación y las prácticas de agentes que actúan con “autoridad estatal” influyen de forma simbólica en la cultura, la política y la percepción que tienen de sí mismas las mujeres de una sociedad. La consecuencia es que las prácticas estatales y sociales a las que se enfrentan estas mujeres en estas sociedades las someten a mayor violencia.

Los ejemplos de estas “otras violencias” a las cuales las mujeres se ven sometidas son muchos. A su vez, cada una de estas violencias genera una nueva violación de derechos humanos, como el derecho a la vida, a la integridad y la salud, a la intimidad y a la vida familiar, entre otros; todas ellas cruzadas por la discriminación. A continuación desarrollamos los ejemplos más paradigmáticos que se desprenden de los casos documentados pero que son sistémicos y generalizados en toda la región.



Activistas de los derechos de las mujeres se manifiestan frente a la Corte Suprema, exigiendo la despenalización del aborto, San Salvador, El Salvador, 15 de mayo de 2013. © REUTERS / Ulises Rodríguez

MALTRATO Y DENEGACIÓN DE SERVICIOS EN LA INSTITUCIÓN DE SALUD: VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA VIDA, INTEGRIDAD Y SALUD.

“Adentro, las señoras estaban con anestesia y se quejaban, eran una lástima y me dio miedo. Recuerdo que me preguntaron mi nombre; le dije al doctor, que no había menstruado tres meses. Me dijo que no tenía nada y me hizo pasar a una sala; me puso la anestesia en la espalda y medio me quedé dormida, porque yo me daba cuenta, incluso cuando el doctor me cortó: me dolió. A una señora y a mí nos habían acostado en una sola cama. La señora se movió y pateó el suero que yo tenía y me hizo sentir mucho dolor. Mi espalda también me dolía”

Esperanza, Perú

Muy a menudo, las mujeres y niñas de la región sufren maltrato a manos del personal de salud que las atiende o incluso les niegan el servicio que podría salvar sus vidas o su salud, basándose en estereotipos y actitudes discriminatorias.

Como en la historia de **Teodora** quien, luego de sufrir una emergencia obstétrica, fue llevada al servicio público de salud de El Salvador. Estando todavía en la cama de un hospital, confundida y desorientada, se encontró con la mirada acusadora de los policías, quienes preguntaban: “¿Por qué lo hiciste?”, para después ser esposada, acusada de homicidio agravado ante la sospecha de provocarse un aborto, y llevada a la cárcel.

También es la historia de **Mainumby**, quien tuvo que pasar por diferentes hospitales públicos de Paraguay durante al menos cuatro meses, en los cuales la diagnosticaron y medicaron erróneamente, para finalmente detectarle un embarazo de 20-21 semanas y obligarla a llevarlo a término con serios riesgos para su vida y su salud. Además de separarla de su madre, a quien le negaron la capacidad de decidir lo que creía mejor para la vida y salud de su hija. A Mainumby le impusieron un embarazo y una maternidad forzadas, para luego abandonarla a su suerte ahora que necesita medicamentos, leche maternizada y otros cuidados especiales.

Historia similar a la de **Mónica**, quien también pasó por diferentes hospitales públicos en Argentina hasta ser internada completamente sola a cientos de kilómetros de su familia, porque alguien concluyó que ella no podía tomar la decisión de terminar su embarazo, a pesar de que lo había pedido, el embarazo ponía en riesgo su vida y su salud y era legal terminarlo. Es la historia de **Tania**, quien tuvo que acudir a un aborto clandestino en Chile para evitar perder su vida, porque los médicos no iban a continuar con el tratamiento de cáncer que le salvó la vida.

También la historia de **Rosaura**, quien en República Dominicana perdió la vida a los 16 años sin la oportunidad de combatir una leucemia, porque el personal médico demoró el tratamiento debido a su embarazo. Y que además tuvo que soportar la “asistencia psicológica” que el hospital le asignó con el único objetivo de fomentarle el deseo de continuar con su embarazo aun a expensas de su propia vida. Y es la historia de **Michelle**, en México, y los malos tratos en el establecimiento de salud, fuertemente basados en el estigma de las mujeres que viven con VIH.

Estos maltratos documentados constituyen violencia contra las mujeres practicada por agentes estatales, como lo son el personal de salud. Es violencia contra mujeres y niñas que viene del propio aparato estatal, también llamada violencia institucional.

El Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes (Relator sobre la Tortura) ha declarado que: “Los órganos internacionales y regionales de derechos humanos han empezado a reconocer que los malos tratos infligidos a mujeres que solicitan servicios de salud reproductiva pueden causar enormes y duraderos sufrimientos físicos y emocionales, provocados por motivos de género. Ejemplos de esas violaciones son el maltrato y la humillación en entornos institucionales; las esterilizaciones involuntarias; las esterilizaciones y abortos forzosos; las infracciones del secreto médico y de la confidencialidad en entornos de atención de la salud, como las denuncias de mujeres presentadas por personal médico cuando hay pruebas de la realización de abortos ilegales; y la práctica de intentar hacer confesar a una mujer como condición para que reciba un tratamiento médico que podría salvar su vida después de un aborto”.⁸⁶

El Relator sobre Tortura reconoce que la tarea de acabar con la tortura y los malos tratos en entornos de atención de la salud se enfrenta a obstáculos singulares debido, entre otras cosas, a la percepción de que las autoridades pueden defender ciertas prácticas de atención de la salud por razones de eficiencia administrativa, para modificar conductas o por imperativo médico.⁸⁷

⁸⁶ Comité de Derechos Humanos, Observación general N° 28, 2000, párr. 11; Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, febrero de 2013, A/HRC/22/53, párr. 46.

⁸⁷ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, *Op. cit.*, párr. 46.



Un doctor toma un estetoscopio. 2012. Adam Berry/Getty Images

VIOLACIÓN DEL DEBER DE CONFIDENCIALIDAD MÉDICA: VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA INTIMIDAD Y PRIVACIDAD.

“En el Hospital General pusieron un letrero grande arriba de mi cama con la palabra ‘VIH’”

Michelle, México

La divulgación no consensuada de la información médica personal es una violación de la intimidad. Los Estados tienen la obligación de proteger el derecho a la intimidad, que “incluye la obligación de garantizar que se apliquen salvaguardias adecuadas para asegurar que se proteja la confidencialidad, especialmente en el ámbito de la salud y el bienestar social y que la información sobre el estado serológico con respecto al VIH no se revele a terceros sin el consentimiento de la persona”.⁸⁸ Como el caso de Michelle en México, la mayoría de los casos aquí documentados muestran un lamentablemente patrón regional: la violación del deber de confidencialidad médica en contextos de salud sexual y reproductiva.

⁸⁸ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, *Directrices Internacionales sobre el VIH/Sida y los Derechos Humanos*, 2007, párr. 121, disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2006/jc1252-internationalguidelines_es.pdf.

La confidencialidad médica y la privacidad en el entorno de la atención de salud deben estar garantizadas, porque si las personas temen que no lo están, los puede disuadir de acudir a los servicios, poniendo su salud en riesgo.⁸⁹ Es un deber ético de las y los profesionales de la salud, que es también una garantía de los derechos humanos de todas las personas a la intimidad y a la privacidad, reconocidos en diversos tratados internacionales de derechos humanos.⁹⁰ Este deber de confidencialidad adquiere especial relevancia cuando las mujeres acuden al personal de salud buscando apoyo en contextos de legislaciones restrictivas sobre algunas decisiones sexuales y reproductivas como existen en América Latina y el Caribe.

Es claro que si las mujeres carecen de la certeza suficiente acerca de que su privacidad será respetada y la confidencialidad garantizada, como ocurre en prácticamente todos los casos documentados en este informe, se reducen las posibilidades de que acudan oportunamente a los servicios de salud que necesitan; se favorece que recurran a prácticas que son inseguras para evitar ser denunciadas y/o que terceros se involucren en su decisión, poniendo su salud y vida en peligro.⁹¹ Así lo ha reconocido el Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer y la Organización Mundial de la Salud (OMS).⁹²

En este sentido, el deber de confidencialidad tiene relación innegable con el principio de “no maleficencia” (*do not harm*).⁹³ Igual consideración debería tenerse antes de informar a terceros sobre decisiones o situaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres (como sus parejas o sus padres). En este sentido la OMS manifiesta que: “a no ser que la mujer explícitamente apruebe la consulta del proveedor con su esposo, padre o cualquier otra persona que no es esencial para asegurar un cuidado seguro y apropiado, dicha consulta constituye una ruptura seria de la confidencialidad”.⁹⁴

Este riesgo es mucho más amplio en países donde el personal médico tiene la obligación de denunciar un delito (por ejemplo, el aborto), ya sea que dicha obligación se encuentre escrita en los códigos médicos o sea percibida como tal por el personal médico, pues les genera temor e incertidumbre.⁹⁵

⁸⁹ Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. Recomendación General N24. ONU, 2009; Comité de los derechos del niño, Recomendación General N3, 2003 .

⁹⁰ Organización Mundial de la Salud “Sexual health, human rights and the law”, *Op. cit.*

⁹¹ Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, “Causal Salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos”, 2008, pág. 207.

⁹² Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, *Op. cit.*; Organización Mundial de la Salud, “Sexual health, human rights and the law”, *Op. cit.*

⁹³ Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y Alianza Nacional por el Derecho a Decidir, “Causal Salud: interrupción legal del embarazo, ética y derechos humanos”, 2008. Pág. 207.

⁹⁴ Organización Mundial de la Salud, “Aborto sin riesgos”, *Guía técnica y de políticas para los sistemas de salud*, OMS, 2003, pág. 68.

⁹⁵ Cook R. y Dickens BM, “Law and ethics in conflict over confidentiality”, *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. Faculty of Medicine and Joint Center for Bioethics, University of Toronto, pp. 385-391.

“Te dicen que si no denuncias este tipo de situaciones, formas parte del delito, eres cómplice y estás expuesto a perder tu trabajo. Nos hacen dejar de ser médicos y convertirnos en policías. Varias veces mis jefes me han llamado la atención pero yo les digo que no puedo violar el secreto profesional que les debo a mis pacientes. Cuando conoces tus derechos, nadie te puede intimidar.”

Doctor “Lemus”, El Salvador⁹⁶

En Chile, por ejemplo, el Código Sanitario prohíbe cualquier acción cuyo fin sea provocar un aborto y el Código Penal establece penas de cárcel para la mujer que cause su aborto o lo consienta, así como para quien le ayude a practicárselo, sea o no un profesional de la salud. El Código Procesal Penal establece que los profesionales de la salud que notasen en una persona señales de un delito, tienen la obligación de denunciarlo y si bien una normativa del Ministerio de Salud ha limitado esta obligación, en la práctica las mujeres que llegan a un centro de salud por complicaciones a raíz de un aborto clandestino, corren el riesgo de ser denunciadas por su propio médico o matrona, como ha pasado en 2015 en al menos dos oportunidades.⁹⁷

En algunos casos se ha condicionado la atención médica a las mujeres cuya vida está en peligro por las complicaciones derivadas de abortos clandestinos, a que las mismas proporcionen información sobre quienes practicaron dichos abortos. El Comité contra la Tortura ha expresado su preocupación por dicha situación⁹⁸ y recomienda eliminar la práctica de extraer confesiones a efectos de enjuiciamiento de las mujeres que buscan atención médica de emergencia como resultado de abortos clandestinos.⁹⁹ De conformidad con las directivas de la Organización Mundial de la Salud, el Estado parte debe garantizar el tratamiento inmediato y sin condiciones de las personas que buscan atención médica de emergencia.¹⁰⁰

⁹⁶ Amnistía Internacional, “Aborto en El Salvador: La delgada línea entre médicos y policías”, disponible en <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2015/12/aborto-en-el-salvador-la-delgada-linea-entre-medicos-y-policias/>.

⁹⁷ Ver Amnistía Internacional, “Chile: Urge avanzar con la despenalización del aborto”, noviembre 2015.

⁹⁸ *Idem*, CAT/C/CR/32/5 (2004), párr. 6.

⁹⁹ *Idem.*, párr. 7.

¹⁰⁰ *Idem.*

El Comité de DDHH ha recomendado también que los Estados modifiquen sus legislaciones para proteger la confidencialidad médica.¹⁰¹ Por su parte, la Corte IDH considera que “los médicos tienen un derecho y un deber de guardar confidencialidad sobre la información a la que tengan acceso en su condición de médicos”.¹⁰²

Esto es fundamental no sólo para proteger a mujeres y niñas, sino para proteger al personal médico. En El Salvador,¹⁰³ en Chile¹⁰⁴ y en Nicaragua,¹⁰⁵ Amnistía Internacional ha documentado el temor y la confusión del personal médico ante una legislación que los coloca en un rol de policías, obligándolos a violar su deber de confidencialidad, además de colocarlos en la disyuntiva ética de tener que decidir entre dejar morir o arriesgar la salud de una paciente embarazada que necesita un aborto o ir a la cárcel.

El médico obstetra chileno René Castro puso de relieve los problemas causados por tener que esperar hasta que exista un peligro inminente antes de poder intervenir:

*“Hoy hay mucho más acuerdo internacional al hablar de calidad de vida. El tema es si voy a esperar a que una mujer esté en una Unidad de Tratamientos Intensivos por una complicación severa de una patología previa para poder intervenirla, o voy a anticiparme a ese evento dramático y voy a aceptar si me dicen: ‘doctor, yo preferiría interrumpir el embarazo antes de llegar a eso’, porque el foco habría que ponerlo en la decisión de la propia mujer.”*¹⁰⁶

Tanta es la presión que recibe el personal médico que recientemente 834 médicos y profesionales de la salud de 44 países de todas las regiones del mundo han sumado sus voces a la creciente presión a favor de la despenalización del aborto firmando una carta abierta a los gobiernos. En la carta, solicitan la no intervención en la capacidad de los profesionales de la salud para prestar atención sanitaria, advirtiendo que la criminalización del aborto pone en peligro la salud y la vida de las mujeres y niñas.¹⁰⁷

¹⁰¹ Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos, Chile, U.N.Doc. CCPR/C/79/Add.104 (1999).

¹⁰² Corte IDH, *Caso De la Cruz Flores vs. Perú*, Sentencia de 18 de noviembre de 2004 (Fondo, Reparaciones y Costas), párr. 101.

¹⁰³ Amnistía Internacional, “Aborto en El Salvador...”, *Op. cit.*

¹⁰⁴ Amnistía internacional, “El aborto no es un delito, advierten los médicos a los gobiernos”, noviembre de 2015, disponible en <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2015/11/abortion-is-not-a-crime-doctors-warn-governments/>; Amnistía Internacional, “Chile: Urge avanzar con la despenalización del aborto”, noviembre 2015, disponible en <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2015/11/chile-urgent-progress-needed-on-right-to-decide-after-young-woman-arrested-for-a-clandestine-abortion/>.

¹⁰⁵ Ver por ejemplo Amnistía Internacional, “La prohibición total del aborto en Nicaragua la vida y la salud de las mujeres, en peligro; los profesionales de la medicina, criminalizados”, Julio 2009, disponible en https://www.es.amnesty.org/uploads/media/INFORME_Nicaragua-Prohibicion_total_del_aborto.pdf.

¹⁰⁶ Amnistía internacional, “El aborto no es un delito...”, *Op. cit.* y en Amnistía Internacional, “Chile: Urge avanzar con la despenalización del aborto”, *Op.cit.*

¹⁰⁷ Amnistía Internacional, “El aborto no es un delito...”, *Op. cit.*

LAS CONSECUENCIAS EN LA FAMILIA: VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA INTEGRIDAD Y A LA VIDA FAMILIAR

“Nadie sabe el dolor que una siente al ver a su hija así. Ella es una nena que debería estar jugando, estudiando, compartiendo con sus compañeras. Nadie se pone en mi zapato. Cuando la bebé se despierta: tengo que despertar a mi hija para que le dé de mamar”.

CEF, Paraguay

“Mi mayor sufrimiento es no tenerla, la destruyeron y perderla me destruyó a mí y a mi familia. Rosaura era todo para mí, todo lo que yo hacía era por ella; es muy duro hablar de ella, pero no voy a dejar de hacerlo, no lo voy a hacer hasta que se haga justicia”.

Rosa, República Dominicana

Las repercusiones psicológicas y morales en las familias de las mujeres que sufrieron violencia institucional y tortura en contextos de salud sexual y reproductiva son igualmente devastadoras. Como lo testifican estas dos madres: el sufrimiento es especialmente grave cuando la víctima es una niña o adolescente.

Estas madres no sólo sufren el dolor de sus hijas, sino que a su vez son juzgadas, la sociedad las considera sospechosas y son objeto de “procesos disciplinarios” a manos de personal médico o incluso religioso, destinados a imponer sobre ellas ciertos valores morales, especialmente si deciden levantar su voz en defensa de los derechos sexuales y reproductivos de sus hijas.

“Para que no viaje a hablar del caso de mi hija, hasta el monseñor fue a decirme que me iban a hacer firmar documentos, que me iban a engañar y a perjudicar porque no hablo inglés”.

CEF, Paraguay ¹⁰⁸

Ellas son también víctimas de violencia institucional. En el caso de CEF esto le costó incluso la cárcel, pues el sistema penal que había fallado cuando CEF denunció posibles abusos en 2014 comenzó a funcionar cuando el caso tomó notoriedad pública, lamentablemente: revictimizando a la niña, y ordenando la detención de CEF durante dos meses en los que Mainumby tuvo que afrontar un embarazo producto de una violación completamente sola.

CEF fue sobreseída definitivamente el 11 de noviembre de 2015. Sin embargo, desde abril de 2015 hasta ese día, la posibilidad de volver a la cárcel y no poder acompañar a su hija, a su otro hijo menor de edad y ahora a su nieto recién nacido, pesaron sobre ella como una espada de Damocles; lo que limitó enormemente su capacidad de luchar por sus derechos y los de su hija.

¹⁰⁸ Refiriéndose a un viaje que tenía planeado hacer a Washington DC con CLADEM a una reunión en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el marco de la medida cautelar otorgada a favor de su hija.



María Sánchez, madre de Teodora, en la habitación que Teodora ocupaba antes de ir a la cárcel, El Salvador, 2015.
© Amnistía Internacional.

La injustificada prisión preventiva de CEF no sólo produjo sufrimiento extremo en ambas sino que es otra muestra de la discriminación del sistema penal contra las mujeres que son siempre consideradas “sospechosas”, mientras el agresor de Mainumby estaba prófugo.¹⁰⁹

En el caso de Michelle, su madre fue igualmente humillada por el personal de salud e intimada a disciplinar a su hija mayor de edad y a autorizar en su nombre y bajo presión una intervención irreversible como la esterilización.

Pero también en los casos de Mónica, Esperanza, Tania hubo parejas, hijos e hijas cuyo sufrimiento muchas veces queda oculto. Amnistía Internacional ha documentado los efectos en las familias de mujeres que, como Teodora en El Salvador, se encuentran en la cárcel por complicaciones obstétricas:¹¹⁰

“Cuando el niño llegó [a la prisión] por primera vez, afuera le dije que fuera valiente, que no fuera a llorar, que la apoyara. No había cumplido los 4 años todavía... Al salir de la cárcel fue duro, se colgó de ella. ‘Mamita te llevo’, le dijo, ‘¿por qué no te haces una palomita, salís, y te vas con nosotros? No quiero dejarte aquí’”.

María, madre de Teodora

La forma en que los niños y las niñas viven todas las etapas del proceso penal de sus madres —desde el arresto, hasta la condena y la privación de libertad— puede afectarlos para el resto de su vida. También esta criminalización impacta en sus familias debido a la violencia en la interacción de fiscales y personal médico con miembros de sus familias. La criminalización muchas veces tiene repercusiones físicas, psicológicas y morales para miembros de su familia así como en el deterioro de la economía familiar, especialmente cuando los ingresos de estas mujeres eran fundamentales para el sostén de sus hijos.

¹⁰⁹ El 9 de mayo de 2015 el presunto agresor fue capturado y en la actualidad está en prisión preventiva esperando juicio.

¹¹⁰ Amnistía Internacional, “Familias separadas, abrazos rotos”, noviembre 2015. AMR 29/2873/2015.

IMPOSICIÓN DE CIERTAS CONCEPCIONES MORALES O RELIGIOSAS

De la mayoría de las historias documentadas en este informe se desprende una tendencia perniciosa en América Latina y el Caribe: el poder del personal médico, de los funcionarios del Estado o de ciertos grupos religiosos de imponer sus propias convicciones sobre las mujeres y niñas aun a costa de sus derechos humanos a la salud, la integridad física, la autonomía, la privacidad y la vida. Esto es posible, entre otras cosas, por el tremendo desequilibrio de poder que caracteriza la relación médico-paciente en general y “médico-mujeres en busca de servicios sexuales y reproductivos” en particular. También porque muchas veces tienen el “peso de la ley” de su lado, o una laguna legal o reglamentaria, lo que hace al Estado cómplice de esta violencia.

Esta es una práctica instalada en toda la región mediante la que el agente del Estado (en su interacción con las mujeres que buscan servicios de salud sexual y reproductiva) trata de persuadir, o en muchos casos, imponer sus propias creencias morales o religiosas o sus estereotipos de género sobre las mujeres o niñas. Y lo consigue quitándoles la capacidad de decidir por sí mismas y de acuerdo a sus propias convicciones y circunstancias lo mejor para sus vidas.



Altar con vírgenes en un hospital público. Veracruz, México 2015. © Amnistía Internacional

En otras oportunidades, esta práctica adquirió mayor formalidad, cuando grupos religiosos cuestionaron la constitucionalidad de la despenalización por causales en República Dominicana.¹¹¹ De manera similar, en el caso de Uruguay parte de la corporación médica interpuso un recurso colectivo ante la justicia para “proteger” su derecho a la objeción de conciencia (Ver “La objeción de conciencia en los ámbitos de la Salud”, pág. 55).

Como decíamos al inicio, el ámbito de la sexualidad y la reproducción de las mujeres está plagado de prejuicios sobre el rol “adecuado” que deberían cumplir en la sociedad: como madres (siempre que no sean pobres o vivan con VIH), cuidadoras, aceptando sumisamente el papel que les tocó jugar. El sistema generado por estos “Estados reproductores de violencia” castiga severamente a cualquiera que se aparte de esa norma.

En el caso de Mainumby, el Estado puso en prisión a la madre el mismo día que pidió la interrupción del embarazo de su hija. Un Fiscal ordenó internar a la niña en un hospital privado un día después que el director del Hospital dio declaraciones a la prensa indicando que estaban legalmente facultados a interrumpirlo para salvaguardar la vida y la salud de la niña. Luego la jueza ordenó la internación de Mainumby en “albergue para niñas madres”, un recinto cerrado donde están en un régimen de aislamiento con estrictas medidas de seguridad.

Es evidente en este caso cómo las más altas autoridades del Estado antepusieron sus convicciones personales frente a los derechos de Mainumby y le negaron rotundamente la posibilidad de un aborto.¹¹² Lo mismo que sucedió en los casos de Rosaura, de Tania y de Mónica.

¹¹¹ En diciembre del 2014 se aprobó un nuevo Código Penal en República Dominicana, que incluía la despenalización del aborto cuando la vida o integridad de una mujer corrían riesgo, cuando el embrión presentase malformaciones incompatibles con la vida y en el evento en que el embarazo fuese producto de una violación o incesto. En enero de 2015, tres fundaciones presentaron tres recursos de inconstitucionalidad ante el Tribunal Constitucional. Una de ellas es la Fundación Matrimonio Feliz, que de acuerdo a su propia página web es “una institución de inspiración católica, sin fines de lucro, una realidad viva al servicio de la Iglesia y la familia dominicana. En un momento en que el matrimonio y la familia son objeto de muchas fuerzas que tratan de deformarlas y destruirlas, la Fundación Matrimonio Feliz, asume la responsabilidad de proclamar los designios de Dios, para estas instituciones divinas.” (disponible en <http://www.matrimoniofeliz.org/fundaci-n-matrimonio-feliz.html>, consultada 20 enero de 2016). Los recursos argumentan la inconstitucionalidad de los artículos tanto por razones de forma, relativas al procedimiento para la aprobación por el Poder Legislativo, así como de fondo, argumentándose la violación del derecho a la vida desde la concepción, establecida en el artículo 37 de la Constitución Dominicana. En diciembre del mismo año el Tribunal Constitucional resolvió admitir los recursos interpuestos y declarar la inconstitucionalidad de la nueva legislación por vicios de forma, dejando en vigencia el anterior Código Penal, Ley 2274 de 1884.

¹¹² La posición de las autoridades en este sentido se evidenció entre otros, en la publicidad que dieron de una acción a favor de la vida desde el momento de la concepción publicada en la página oficial del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; promoviendo la expulsión de Amnistía Internacional del Paraguay, publicada también en la página oficial de la institución: <http://www.mspbs.gov.py/v3/piden-manifestarse-a-favor-de-la-vida-desde-el-momento-de-la-concepcion/>.

Esta imposición funciona en sentido contrario también. En los casos de esterilizaciones forzadas existe una creencia de que el Estado o el personal médico saben mejor que las propias mujeres lo que es conveniente para ellas, porque ellas son pobres o indígenas o viven con VIH y esas condiciones justifican quitarles el derecho a decidir si quieren o no tener hijos/as, como en los casos de Esperanza y Michelle. Esta concepción es igualmente discriminatoria y violatoria de derechos humanos y la imposición de la visión de ciertos agentes del Estado sobre el derecho a elegir o no tener hijos/as de las mujeres, es igualmente arbitraria.

LA PROTECCIÓN ABSOLUTA DEL FETO

En la región hay una tendencia de establecer protección absoluta de los fetos (incluso a través del otorgamiento de personalidad jurídica) llegando a otorgarles preferencia sobre los derechos humanos de las mujeres y de las niñas. Varios países de la región consagran este concepto absoluto dentro de la ley penal a través de la prohibición total del aborto (El Salvador, República Dominicana y Chile) o a través de las prohibiciones parciales del aborto (Argentina y Paraguay), que muchas veces en la práctica terminan siendo absolutas. En los casos de Rosaura, Teodora, Tania, Mónica y Mainumby estos esfuerzos de protección de los fetos han jugado un rol central en la violencia a la que se vieron sujetas.

Cabe destacar que ningún organismo internacional de derechos humanos ha reconocido jamás al feto como objeto de protección en virtud del derecho a la vida o de otras disposiciones de los tratados internacionales de derechos humanos, incluida la Convención sobre los Derechos del Niño.¹¹³

¹¹³ Véase R. Copeland *et al*, “Human Rights Being at Birth: International Law and the Claim of Fetal Rights”, *Reproductive Health Matters* (2005), vol. 13, issue 26, pp. 120-129. Un argumento en contra se basa erróneamente en el párrafo 9 del Preámbulo de la Convención sobre los Derechos del niño, que establece: “Teniendo en cuenta que, como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño,” el niño, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento”. La historia de las negociaciones de los Estados sobre este tratado aclaran que estas medidas de protección “antes de nacer” no deben afectar a la elección de la mujer a interrumpir un embarazo no deseado. En su redacción original, el Preámbulo no contenía la referencia a la protección “tanto antes como después del nacimiento”. El Vaticano llevó esta propuesta de agregar esta frase, al mismo tiempo que afirmó que “el propósito de la enmienda no era excluir la posibilidad de un aborto” (Comisión de Derechos Humanos, *Question of a Convention on the Rights of a Child: Report of the Working Group*, 36th Session, E/CN.4/L/1542, 1980). Aunque las palabras “antes o después del nacimiento” fueron aceptadas, su propósito limitado se vio reforzada por la afirmación de que “el Grupo de Trabajo no tiene intención de perjudicar a la interpretación del artículo 1 o de cualquier otra disposición de la Convención por los Estados Partes.” (Comisión de la ONU de Derechos Humanos, *Informe del Grupo de Trabajo sobre un proyecto de Convención sobre los Derechos del Niño*, E / CN.4 / 1989/48, p. 10). Por su parte, en la historia de las negociaciones sobre el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, indica que se propuso y fue rechazada una enmienda que decía: “el derecho a la vida es inherente a la persona humana desde el momento de la concepción, este derecho estará protegido por la ley.” UN GAOR anexo, 12ª reunión, punto 33 del orden del día, a los 96, a / C.3 / L.654; UN GAOR, 12ª reunión, punto 33 del orden del día, en 113, A / 3764, de 1957. La Comisión finalmente votó adoptar el artículo 6 tal como está, sin ninguna referencia a la concepción, por una votación de 55 a cero y 17 abstenciones.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos es el único tratado que tiene una cláusula que establece que el derecho a la vida estará protegido “en general, a partir del momento de la concepción”.¹¹⁴ Al interpretar esta cláusula, tanto la Comisión como la Corte Interamericana de Derechos Humanos han dicho que dicha protección no es absoluta.¹¹⁵ Incluso, al interpretar esta cláusula, la Corte IDH hizo eco de la jurisprudencia internacional y nacional en la materia que claramente establece que el objeto directo de protección es fundamentalmente la mujer embarazada, dado que la defensa del no nacido se realiza esencialmente a través de la protección de la misma.¹¹⁶

Además, la Corte IDH ha establecido que cualquier interés que los Estados puedan tener para proteger al feto, debe ser gradual e incrementar según el desarrollo del feto y no puede ser absoluto, debido a que implica entender la procedencia de excepciones a la regla general.¹¹⁷

En concordancia con esta interpretación, la Comisión y la Corte IDH mencionan que la Convención Americana no establece una protección absoluta al derecho a la vida antes del nacimiento, al otorgar medidas cautelares y provisionales a mujeres cuyas vidas peligraban en sus países por la prohibición total del aborto.¹¹⁸

De acuerdo a los estándares internacionales de derechos humanos, los Estados tienen la obligación de tomar medidas para garantizar que la vida y la salud de la mujer o niña tengan prioridad sobre la protección del feto.¹¹⁹ El Comité para la Eliminación de la Discriminación de la Mujer ha señalado que cuando una “decisión de aplazar la intervención quirúrgica debido al embarazo estuvo influenciada por el estereotipo de que la protección del feto debe

¹¹⁴ Convención Americana sobre Derechos Humanos, Artículo 4.1.

¹¹⁵ Comisión IDH, *Caso Baby Boy vs EEUU*, Resolución 23/81, Caso 2141, Resolución No. 23/81, OEA/Ser.L/V/II.54, doc. 9 rev. 1, 1981, párr. 25; Corte IDH, *Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro) Vs. Costa Rica. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 28 de noviembre de 2012, párr. 222.

¹¹⁶ “Asimismo, teniendo en cuenta lo ya señalado en el sentido que la concepción sólo ocurre dentro del cuerpo de la mujer [...], se puede concluir respecto al artículo 4.1 de la Convención que el objeto directo de protección es fundamentalmente la mujer embarazada, dado que la defensa del no nacido se realiza esencialmente a través de ella, como se desprende del artículo 15.3.a) del Protocolo de San Salvador, que obliga a los Estados Parte a “conceder atención y ayuda especiales a la madre antes y durante un lapso razonable después del parto” y del artículo VII de la Declaración Americana, que consagra el derecho de una mujer en estado de gravidez a protección, cuidados y ayudas especiales.” Corte IDH, *Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in vitro)...*, *Op. cit.*, párr. 264. En igual sentido Comentario General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “EL derecho al más alto nivel de Salud” E/C.12/2000/4, párr. 14.

¹¹⁷ Corte IDH, *Artavia Murillo y otros Vs Costa Rica*, párr. 264.

¹¹⁸ CIDH, *Medidas cautelares* 43-10, “Amelia,” Nicaragua (2010); Corte IDH., *Medidas Provisionales, Asunto B vs El Salvador*, 2013.

¹¹⁹ *L.C. vs. Perú*, *Op. cit.*; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales para Hungría*, 2013, párr. 30.

prevalecer sobre la salud de la madre”, ésta resulta discriminatoria.¹²⁰ Debe despenalizarse el aborto en todas las circunstancias para eliminar las medidas punitivas impuestas a las mujeres y niñas que buscan estos servicios y los profesionales de la salud que los prestan si hay consentimiento pleno.¹²¹ Por último, deben garantizar el acceso al aborto en la ley y en la práctica, como mínimo en los casos en que el embarazo entraña un riesgo para la vida o la salud de la mujer, de malformación severa o mortal del feto y de violación o incesto.¹²²

Sin duda, los agentes del Estado tienen derecho, como cualquier otra persona (incluidas las mujeres y niñas cuyos casos documentamos en este informe), a tener sus propias creencias y a vivir acorde a ellas. Sin embargo, no tienen derecho a imponerlas a otros, especialmente no en uso de su poder como agentes del Estado y no cuando otros derechos de mujeres y niñas, reconocidos internacionalmente, entran en colisión con dichas creencias. Esta imposición ideológica es una grave forma de violencia y un incumplimiento de las obligaciones de derechos humanos del Estado. Asimismo, los Estados están violando sus obligaciones de derechos humanos si permiten a algunos (personal médico) ejercer su “conciencia” violando los derechos de otras personas.

La Corte IDH ha abordado y resuelto este asunto de manera excepcional. En un caso donde se discutía la prohibición de la fecundación in vitro (FIV) en Costa Rica (ordenada por la Corte Suprema de ese país, justamente bajo el argumento de que la práctica desechaba óvulos fecundados y que de acuerdo a la “literatura científica” estos eran una “vida humana”, se prohibió la FIV como manera de evitar la violación del derecho a la vida reconocido en el Artículo 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Al respecto la Corte IDH dijo:

¹²⁰ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Caso L.C. vs. Perú*, *Op. cit.*

¹²¹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales para Filipinas*, 2006, párr. 28; Comité de los Derechos del Niño, *Observaciones finales para Nigeria*, 2010, párr. 59 (b).

¹²² Sobre la obligación de garantizar el acceso al aborto cuando el embarazo entraña un riesgo para la vida o la salud de la mujer, los órganos creados en virtud de tratados de la ONU señalan sistemáticamente que para prevenir la mortalidad y la morbilidad maternas y garantizar la vida y la salud de las mujeres, los Estados deben garantizar el acceso a un aborto sin riesgos y legal cuando existe riesgo para la vida o la salud de la mujer. Los órganos internacionales de derechos humanos y de la salud interpretan sistemáticamente que la “salud” abarca tanto la salud mental como la física. Sobre la obligación de garantizar el acceso al aborto en casos de agresión sexual, violación e incesto, los órganos creados en virtud de tratados de la ONU han instado sistemáticamente a los Estados a que implementen leyes que establezcan la violación y el incesto como motivos para el aborto y han pedido en reiteradas ocasiones a los Estados que no lo contemplan así que modifiquen la ley a tal efecto. En dos casos distintos de Latinoamérica, el Comité de Derechos Humanos y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer declararon que al no facilitar a las mujeres jóvenes un aborto terapéutico legal en caso de violación o de malformación del feto mortal, los Estados habían violado numerosos derechos, como el derecho a la igualdad y a no sufrir discriminación, el derecho a la intimidad y el derecho a no ser sometido a tortura ni a otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. Véase *L. C. vs. Perú*; y *K.L. vs. Perú*, Comité de Derechos Humanos, 2005.

*“la Corte considera que se trata de una cuestión valorada de diversas formas desde una perspectiva biológica, médica, ética, moral, filosófica y religiosa, y coincide con tribunales internacionales y nacionales, en el sentido que no existe una definición consensuada sobre el inicio de la vida. Sin embargo, para la Corte es claro que hay concepciones que ven en los óvulos fecundados una vida humana plena. Algunos de estos planteamientos pueden ser asociados a concepciones que le confieren ciertos atributos metafísicos a los embriones. Estas concepciones no pueden justificar que se otorgue prevalencia a cierto tipo de literatura científica al momento de interpretar el alcance del derecho a la vida consagrado en la Convención Americana, pues ello implicaría imponer un tipo de creencias específicas a otras personas que no las comparten.”*¹²³

LA OBJECCIÓN DE CONCIENCIA EN LOS ÁMBITOS DE LA SALUD

Sin duda la objeción de conciencia es un derecho personal, no un derecho que instituciones (como hospitales, farmacias o clínicas) puedan reclamar. Asimismo, es un derecho que admite excepciones, por ejemplo, con el fin de proteger la salud pública.¹²⁴ En el ámbito de la salud, la objeción de conciencia puede funcionar como barrera para que mujeres y niñas accedan a sus derechos humanos. Por esta razón, el Comité Contra la Tortura ha expresado preocupación por el ejercicio no regulado de la objeción de conciencia¹²⁵ y diferentes órganos de los tratados han llamado a los Estados a regular este ejercicio de los profesionales de la salud a fin de que no haya riesgos para la salud de la paciente y su derecho a recibir servicios y artículos anticonceptivos.¹²⁶

Los estándares de derechos humanos estipulan que los servicios de salud deben organizarse de tal manera que se garantice que un ejercicio efectivo de la libertad de conciencia de los profesionales de la salud no impida que las personas, con especial atención en las mujeres, vean frustrado su acceso a los servicios a los que tienen derecho en virtud la legislación

¹²³ Corte IDH, *Artavia Murillo y otros Vs Costa Rica, Sentencia de 28 de noviembre de 2012* (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas); Serie C 257, párr. 185.

¹²⁴ El derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión (que incluye la libertad de creencias) está reconocido en el párrafo 1 del artículo 18 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). El párrafo 3 del artículo 18 permite restringir la libertad de manifestar la religión o las creencias con el fin de proteger *inter alia*, la salud pública, o los derechos y libertades fundamentales de los demás. Al interpretar el alcance de las cláusulas de limitación permisibles, los Estados Partes deberían partir de la necesidad de proteger los derechos garantizados por el Pacto, incluido el derecho a la igualdad y la no discriminación en todos los terrenos; Cfr. Comité de los Derechos Humanos, Observación General No. 22, artículo 18; Libertad de pensamiento, de conciencia y de religión, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 179 (1993).

¹²⁵ Comité contra la Tortura, *Observaciones Finales a Polonia*, 2013, párr. 23.

¹²⁶ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), *Observaciones Finales: México*, 2006, párr. 33; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General N° 14: El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, artículo 12, Naciones Unidas, 2000.

aplicable.¹²⁷ Las leyes y los reglamentos no deben permitir que proveedores o instituciones impidan el acceso de las personas a los servicios de salud legales.¹²⁸ Los profesionales de la salud que reclaman objeción de conciencia deben referir a las personas a otro servicio dispuesto y capacitado en el mismo centro de salud o en otro fácilmente accesible. Cuando esa referencia no sea posible, el profesional de la salud que sea objetor de conciencia, tiene la obligación de proporcionar servicios seguros para salvar la vida de un individuo o para evitar daños a su salud.¹²⁹



Activistas de los derechos de las mujeres se manifiestan frente al Parlamento exigiendo la despenalización del aborto, Montevideo, Uruguay, 25 de septiembre de 2012. © Miguel Rojo/AFP/GettyImages.

¹²⁷ Organización Mundial de la Salud “Sexual health, human rights and the law”, 2015, pág. 16. Citando los siguientes precedentes o fuentes: Yazgül Yılmaz v. Turkey. Application No. 36369/06, Strasbourg: European Court of Human Rights, 2011; P. and S. v. Poland. Application No. 57375/08, Strasbourg: European Court of Human Rights, 2012; FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women’s Health. Ethical guidelines on conscientious objection. Int J Gynecol Obstet. 2006; Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, revised edition. Geneva: World Health Organization, 2012; Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Geneva: World Health Organization, 2014.

¹²⁸ Organización Mundial de la Salud “Sexual health, human rights and the law”, 2015, pág. 16.

¹²⁹ World Health Organization; Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, revised edition. Geneva: 2012. World Health Organization; Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services. Geneva 2014.

La Organización Mundial de la Salud establece que en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, la objeción de conciencia funciona como una barrera al acceso a ciertos servicios de salud a los cuales las mujeres tienen derecho¹³⁰ y remarca que en los casos de acceso al aborto, es una barrera única porque plantea la tensión entre el derecho de una mujer a la vida y la salud y el de un profesional médico a seguir su conciencia. Esto porque la objeción de conciencia en los servicios de salud busca impugnar o cambiar una regla o una política pública y tiene consecuencias sobre la prestación del servicio de salud y sobre la protección de los derechos de terceras personas.¹³¹ Además, la objeción de conciencia en los ámbitos de la salud reproductiva suele tener efectos discriminatorios, porque afecta casi exclusivamente o de manera desproporcionada a mujeres y niñas en edad reproductiva.

EL CASO DE URUGUAY

El caso de Uruguay es un ejemplo paradigmático en la región donde la objeción de conciencia funciona como un obstáculo para el acceso a la interrupción legal del embarazo; situación que afecta exclusivamente a mujeres y niñas.

En noviembre de 2012, Uruguay se convirtió en uno de los cuatro países latinoamericanos¹³² que permite la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) luego de la aprobación de la Ley N 18.987 y su Decreto Reglamentario 375/012.¹³³ La IVE no es penalizada¹³⁴ cuando la mujer cumpla con los requisitos que establece la Ley y se realice durante las doce primeras semanas de gestación. Este marco normativo se suma a la Ley N 18.426 sobre Defensa del Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva sancionada en 2008.¹³⁵

Este adelanto en materia de Derechos Reproductivos se vio restringido para algunas mujeres uruguayas cuando, en agosto de 2015, el Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) resolvió suspender la ejecución de varios artículos centrales del decreto reglamentario de la ley de despenalización del aborto, a partir de un recurso de nulidad presentado por un grupo de ginecólogas y ginecólogos que planteó la “restricción ilícita” del derecho a la objeción de conciencia.¹³⁶ La objeción de conciencia era válida originalmente, según la legislación,¹³⁷ solamente para el acto de IVE, no así para las etapas previas de asesoramiento y de atención post aborto.

¹³⁰ Organización Mundial de la Salud “Sexual health, human rights and the law”, Op. cit.

¹³¹ Ana Cristina González Vélez, M.D. “Objeción de conciencia: un debate sobre la libertad y los derechos. Estado del debate en América Latina”, en CLACAI Digital, disponible en: <http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/600/AC%20Gonzalez%20Velezd2.pdf?sequence=1>.

¹³² Los otros tres son: Cuba, Guyana y Puerto Rico.

¹³³ La IVE debe ser solicitada por ciudadanas uruguayas, naturales o legales, o extranjeras residentes en el país al menos por un año (artículo 13).

¹³⁴ Código Penal, artículos 325 al 328.

¹³⁵ Artículo 4, literal b) numeral 2. En el año 2008 el presidente Tabaré Vázquez interpuso el recurso de veto que eliminó el capítulo de la despenalización del aborto luego de que fuera aprobado por ambas cámaras del parlamento. El texto reconocía el derecho de la mujer a interrumpir su embarazo dentro de las primeras doce semanas de gestación.

¹³⁶ *Idem*.

¹³⁷ La objeción de conciencia está contemplada en la Ley 18.987 Sobre interrupción voluntaria del embarazo. Ley del Aborto en su Artículo 11 y su Decreto Reglamentario, 375/012, Capítulo VIII De la objeción de conciencia, Artículos 28 al 35. A esta situación se suma la Objeción de ideario que pueden manifestar las instituciones de salud privadas.

En el departamento de Salto, la totalidad de los ginecólogos y ginecólogas se declararon objetores de conciencia. Ante esta situación, el Estado buscó saldar este obstáculo con la presencia de una ginecóloga que se traslada desde Montevideo (a 500 kms) una vez por semana para brindar el servicio de IVE tanto en un servicio privado como en el sector público del departamento. Testimonios recogidos señalan que “las mujeres acuden más para consultar por complicaciones de abortos realizados fuera del sistema de salud que para practicarse IVE. El desconocimiento de la legislación promulgada las expone a posibles medidas judiciales dado que cuando se practica fuera del Sistema Nacional Integrado de Salud se comete un delito de aborto”.¹³⁸

Es decir que luego de la sentencia del TCA, en casos como el del departamento de Salto, las mujeres no pueden acceder en condiciones de igualdad con las mujeres de Montevideo a un servicio garantizado en la salud pública uruguaya. Es difícil imaginar un servicio de salud exclusivo para hombres, en ocasiones necesario para salvar la vida y la salud de ellos, que les sea denegado por razones de conciencia.

Según informó a Amnistía Internacional la Doctora Ana Visconti, coordinadora del Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública, ante la situación dada por la sentencia del TCA sobre el decreto reglamentario, se elabora un plan de trabajo que establezca lineamientos para aplicar adecuadamente la Ley así como un nuevo decreto reglamentario. Hasta el momento dicho reglamento no ha sido publicado.

VIOLACIÓN DEL DERECHO A LA IGUALDAD: ESTEREOTIPOS DE GÉNERO Y DISCRIMINACIÓN MÚLTIPLE CONTRA LAS MUJERES

Debajo de cada una de las historias relatadas previamente subyace otro patrón común: las violaciones a los derechos humanos experimentadas por estas mujeres y niñas encuentran su causa más profunda en la discriminación estructural contra ellas que está presente en todos los países de la región. Esta discriminación por el hecho de ser mujeres se alimenta de estereotipos de género enraizados en nuestras sociedades y que adquieren su punto más pernicioso cuando hablamos de sexualidad y reproducción.

Ejemplos de estos estereotipos en América Latina y el Caribe son creencias tales como “toda mujer quiere y debe ser madre”; “hay que limitar la cantidad de hijos de las mujeres pobres o indígenas porque eso reproduce la pobreza”; “toda mujer embarazada debe llevar a término su embarazo sin importar sus circunstancias personales, su salud o incluso su vida”; “las adolescentes no pueden decidir sobre su sexualidad ni sobre si quieren o no ser madres”; “las niñas que quedan embarazadas producto de violencia sexual, deben llevar a término su embarazo”; “las mujeres que viven con VIH deben ser esterilizadas para limitar la propagación del virus”; “las mujeres que acuden al hospital con una emergencia obstétrica seguramente son culpables de provocársela, especialmente si tienen escasos recursos”, entre otros.

Los estereotipos existen en todas las sociedades: el modo en que percibimos a los demás puede verse determinado por suposiciones simplistas sobre las personas, basadas en caracteres particulares como el ser mujeres o niñas. Los estereotipos son basados en normas, prácticas y creencias sociales, muchas promovidas por la religión y reflejan las relaciones de poder subyacentes.¹³⁹ En este informe hay múltiples ejemplos de cómo estos estereotipos son impuestos con violencia a las mujeres y niñas por quienes ostentan más poder que ellas en nuestras sociedades.

¹³⁸ Organización Mujer y Salud en Uruguay (MYSU), *Asegurar y avanzar sobre lo logrado. Estado de situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en Uruguay. Monitoreo 2010-2014*, pág. 61.

¹³⁹ Conforme ONU Mujeres, disponible en: <http://www.unwomen.org/es/news/stories/2011/7/countering-gender-discrimination-and-negative-gender-stereotypes-effective-policy-responses#sthash.BNXwfZJG.dpuf>.



Mujeres de la Asociación de Mujeres de Huancabamba reunidas para discutir la situación de esterilizaciones forzadas, Huancabamba, Perú, octubre 2015. © Amnistía Internacional / Raúl García Pereira

Los estereotipos de género generan discriminación y esto es una violación del derecho a la igualdad establecido en todos los tratados internacionales de derechos humanos. Sin embargo, no fue hasta algunos años después de la entrada en vigor de la Convención contra todas formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), que se empezó a generar el vínculo entre los derechos a la igualdad entre hombres y mujeres y a la no discriminación de éstas y la responsabilidad estatal que conllevan los derechos humanos, es decir: la obligación del Estado de tomar medidas positivas para combatir la discriminación contra las mujeres.¹⁴⁰ La Convención y su Comité han ido desarrollando el concepto de igualdad al entenderlo como un derecho humano compuesto por distintos elementos: la igualdad como igualdad sustantiva o de resultados, como no discriminación y como responsabilidad estatal.¹⁴¹

La discriminación estructural que se evidencia en las historias recogidas en este informe muestra un patrón regional que no puede ser combatido con un enfoque jurídico o programático puramente formal. Para lograr la igualdad sustantiva consagrada en CEDAW, los Estados deben adoptar medidas especiales para eliminar esas formas de discriminación que incluyan un trato no idéntico de mujeres y hombres para equilibrar esas diferencias.¹⁴²

¹⁴⁰ Alda Facio, “La responsabilidad Estatal frente al Derecho Humano a la Igualdad”, México 2014, Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. Disponible en https://www.justassociates.org/sites/justassociates.org/files/alda_facio_finalsin.pdf.

¹⁴¹ *Idem*.

¹⁴² Comité CEDAW, Recomendación general No. 25, sobre el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, referente a medidas especiales de carácter temporal. Párr 12.

Asimismo, en el análisis del Estado como aparato creador y reproductor de violencia contra las mujeres no puede quedar invisibilizado el hecho que las mujeres son discriminadas por ser mujeres, pero también por ser indígenas, vivir en la pobreza o en zonas rurales, haber tenido acceso restringido a la educación, vivir con VIH, ser jóvenes, ser niñas, ser víctimas de violencia sexual.

En la región más desigual del mundo, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y la posibilidad de sufrir violencia institucional en el intento de acceder a ellos, están fuertemente atravesados por las otras condiciones personales de estas mujeres y niñas. ¿Qué hubiera pasado si Teodora hubiera pagado un buen abogado que la defendiera o tenido acceso a controles prenatales de calidad? ¿Qué hubiera pasado con Mónica si hubiera acudido al servicio privado de salud y hubiera exigido que terminaran con su embarazo para salvaguardar su salud? ¿Qué hubiera pasado con Tania si no hubiera tenido los medios para acudir a un médico privado para que termine su embarazo en condiciones seguras y poder así continuar con su tratamiento de cáncer?

El Comité CEDAW ha remarcado que las mujeres pertenecientes a algunos grupos, además de sufrir discriminación por el hecho de ser mujeres, también pueden ser objeto de múltiples formas de discriminación por razones como la raza, el origen étnico, la edad, u otros factores. Esa discriminación afecta a estos grupos de mujeres en diferente medida que a los hombres.¹⁴³

Este ciclo de discriminación múltiple se retroalimenta, ya que las experiencias de violencia y muchas veces tortura que experimentaron estas mujeres y niñas las coloca en una situación de mayor vulnerabilidad a nuevas violaciones de derechos humanos, incluidos sus derechos sexuales y reproductivos.

Aunque no hemos documentado casos en este informe, la interseccionalidad de la violencia de género es evidente en la región también en los casos de personas LGBTI. La discriminación basada en la identidad y expresión de género es una realidad regional y en los ámbitos de la salud adquiere gravedad especial para ciertos colectivos, por ejemplo: al negar acceso a los servicios de anticoncepción adecuados, a las personas transgénero o intersexo, les niegan el acceso a los servicios que necesitan para poder ejercer su identidad (incluidas terapias hormonales) o les imponen servicios de salud no consensuados.

¹⁴³ *Idem.*

4. LOS ESTÁNDARES DE DERECHOS HUMANOS

Los derechos sexuales y reproductivos están fundados en derechos humanos reconocidos en tratados internacionales y regionales de derechos humanos que la mayoría de los Estados de la región han ratificado y se han comprometido a cumplir como:

- La Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)
- La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)
- La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)
- La Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH)
- La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Para).

Los derechos sexuales y reproductivos no son nuevos derechos, son una manera de llamar a un conjunto de derechos reconocidos en estas normas de derechos humanos; que protegen y facilitan el derecho de las personas a tomar y hacer respetar decisiones bien fundadas sobre su vida sexual y reproductiva sin sufrir violencia, coacción ni discriminación. Incluyen derechos como el derecho a la intimidad, a la integridad física y mental, a no ser víctima de discriminación y a no sufrir tortura ni malos tratos. Entre los derechos sexuales y reproductivos fundamentales figuran los siguientes: libertad para decidir si ser o no sexualmente activo; mantener relaciones sexuales consentidas con independencia de la orientación sexual que se tenga; mantener relaciones sexuales no vinculadas a la reproducción; elegir pareja; decidir el número de hijos y la frecuencia con que tenerlos, y no sufrir violencia ni prácticas dañinas, así como tener acceso a información y servicios en materia de contracepción y planificación familiar, y tener acceso a educación sexual integral; especialmente en el caso de niños, niñas y adolescentes. Todos los Estados que ratificaron tratados de derechos humanos tienen la obligación de respetar, proteger y hacer efectivos los derechos sexuales y reproductivos.

Es por esto que las violaciones de los derechos sexuales y reproductivos a menudo han sido entendidas como violaciones del derecho a la salud y la integridad física, a la autonomía y a la igualdad entre otros. Sin embargo, ciertas denegaciones de servicios o malos tratos en el contexto de la atención de la salud sexual y reproductiva son también una forma de violencia contra las mujeres (causada por el Estado, también llamada violencia institucional) y en algunos casos constituyen además tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes (TCID).

Este capítulo recoge los estándares de derechos humanos aplicables que sustentan esta afirmación. Estos estándares provienen principalmente del Sistema Universal de protección de los Derechos Humanos (Naciones Unidas) y en menor medida, del Sistema Interamericano.

Estos estándares de derechos humanos son obligatorios para todos los Estados partes de estos tratados de derechos humanos. Mediante la ratificación de tratados internacionales y regionales de derechos humanos, los Estados se comprometen a implantar medidas y leyes nacionales compatibles con las obligaciones y los deberes que ha contraído en virtud de dichos tratados. Las leyes internacionales y regionales de derechos humanos establecen unas obligaciones mínimas que los Estados deben respetar, proteger y hacer cumplir. La vigilancia del cumplimiento de los tratados internacionales de derechos humanos está a cargo de los órganos creados en virtud de tratados de la ONU. Estos órganos tienen también el mandato de proporcionar a los Estados orientaciones e interpretaciones sobre el cumplimiento de sus obligaciones concretas en materia de derechos humanos en virtud de cada uno de los tratados que han ratificado. Estas interpretaciones son conocidas como “estándares de derechos humanos”. En el ámbito regional, son la Comisión y la Corte Interamericanas de Derechos Humanos las encargadas de interpretar el alcance y contenido de las obligaciones de los Estados y generar estándares regionales de derechos humanos.

VIOLACIONES DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS COMO VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES (VIOLENCIA INSTITUCIONAL)

“La negación de las políticas públicas y los servicios de salud sexual y reproductiva exclusivos para las mujeres, a través de normas, prácticas y estereotipos discriminatorios, constituye una violación sistemática de sus derechos humanos y las somete a la violencia institucional del Estado, causándoles sufrimiento físico y psicológico.”

Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Implementación de la “Convención de Belém do Pará” (MESECVI), 2014

El derecho internacional de los derechos humanos define la violencia contra la mujer en términos generales y, al hacerlo, aclara la gama de violaciones de derechos humanos que se pueden clasificar como violencia contra las mujeres. Especialmente relevante es la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención de Belém do Pará”, que define la violencia contra la mujer como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.”¹⁴⁴ La misma Convención define el amplio alcance del derecho a una vida libre de violencia, explicando que incluye, aunque no se limita a, “el derecho de la mujer a ser libre de toda forma de discriminación”.¹⁴⁵

¹⁴⁴ Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer “Convención de Belém do Pará” [En adelante “Convención de Belém do Pará”], artículo 1 (resaltado es nuestro).

¹⁴⁵ Convención de Belém do Pará, artículo 6.

Del mismo modo, en su Recomendación General sobre la Violencia contra la Mujer, el Comité de la CEDAW explica que la discriminación en virtud de la CEDAW “incluye la violencia basada en el sexo”, que se define como “la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada”. Al dar ejemplos de actos que pueden caracterizarse como tales, incluye aquellos “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” y también aclara que esa violencia puede violar artículos de la Convención, sean o no artículos que mencionan explícitamente la violencia.¹⁴⁶ El Comité de la CEDAW pasa a señalar que algunos de los derechos que las mujeres no disfrutaban como resultado de la violencia de género incluyen el derecho a la vida, así como el derecho al “más alto nivel posible de salud física y mental”.¹⁴⁷

Siguiendo este razonamiento, se puede argumentar que las violaciones a los derechos sexuales y reproductivos basadas en discriminación o fundamentadas en estereotipos de género, que infligen una variedad de daños físicos o psicológicos o sufrimientos a las mujeres; constituyen una forma de violencia contra las mujeres. Es decir, una violencia que se dirige específicamente contra las mujeres y niñas y que está basada en estereotipos tales como “las mujeres que viven con VIH no pueden tomar decisiones sobre su maternidad”; “las mujeres pobres no pueden tener más hijos porque eso reproduce la pobreza”; “la mujer o niña embarazada debe parir a toda costa, sin importar su situación personal, su salud e incluso su vida”; lo que hace que esa violencia constituya violencia de género y que esas violaciones a los derechos sexuales y reproductivos sean consideradas violencia contra la mujer.¹⁴⁸ En los siete casos documentados en este informe quedo claro que la discriminación fue la base de la violencia sufrida por estas mujeres (ver capítulo 3.5, “Violación del derecho a la igualdad”).

Algunas prácticas violatorias de derechos sexuales y reproductivos específicas, han sido reconocidas como ejemplos paradigmáticos de esta violencia contra las mujeres. Por ejemplo, **la esterilización forzada y las restricciones al aborto y a la anticoncepción.** Sin embargo, el concepto de violencia institucional es aplicable a cualquier otra legislación o práctica en el ámbito de la salud sexual y reproductiva de las mujeres que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, basado en discriminación por razones de género.

¹⁴⁶ Comité CEDAW, Recomendación general, 19 sobre Violencia contra las Mujeres, 1992, párr. 6.

¹⁴⁷ Comité CEDAW, Recomendación general, 19 sobre Violencia contra las Mujeres, 1992, párr. 7(a), (g).

¹⁴⁸ En igual sentido, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, que aunque no es vinculante, es una guía válida, define la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, Asamblea General, Resolución 48/104, art. 1, Doc. ONU, A/RES/48/104. Disponible en <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/48/104&Lang=S>.

Por ejemplo, con respecto a la **esterilización forzada**, la Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer se ha referido a esta práctica como “una grave violación de los derechos reproductivos de la mujer”¹⁴⁹ y la ha caracterizado específicamente como un tipo de violencia contra la mujer, explicando que “la esterilización forzosa (...) viola la integridad física y la seguridad de la mujer”.¹⁵⁰ La Relatora Especial señala explícitamente que “la esterilización forzada constituye violencia contra la mujer.” A continuación, la Relatora da ejemplos de esta práctica en el Perú, que se produjeron en el mismo contexto que el caso de Esperanza documentado en este informe.¹⁵¹ La Relatora Especial también da el ejemplo de China, donde la esterilización forzada se dirige a las mujeres que están “detenidas, confinadas o a las que se ha sacado por la fuerza de sus hogares para ser operadas.”¹⁵²

Por su parte, el Comité de la CEDAW, en su recomendación general sobre la violencia contra las mujeres, ha incluido a la esterilización y al aborto obligatorio, declarando que “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.”¹⁵³

En el mismo sentido, el Relator Especial de Naciones Unidas sobre la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (en adelante Relator sobre la Tortura), en un informe de 2013, describe la esterilización forzada como un acto de violencia, citando tanto la recomendación general de la CEDAW que se mencionó anteriormente, como la observación general del Comité de Derechos Humanos sobre la igualdad de derechos entre hombres y las mujeres, y pide a los Estados Partes que proporcionen información sobre medidas para prevenir la esterilización forzada.¹⁵⁴

¹⁴⁹ Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Sra. Radhika Coomaraswamy: Políticas y prácticas que repercuten sobre los derechos reproductivos de la mujer y contribuyen a la violencia contra la mujer, la causan o la constituyen, (55º período de sesiones), párr. 51, Doc. ONU E/CN.4/1999/68/Add.4 (1999). [En Adelante, Informe 1999 de Radhika Coomaraswamy].

¹⁵⁰ Radhika Coomaraswamy, Report of the Special Rapporteur on Violence against Women, its Causes and Consequences: Policies and practices that impact women’s reproductive rights and *contribute to, cause or constitute violence against women*, (55th Sess.), para. 51, U.N. Doc. E/CN.4/1999/68/Add.4 (1999).

¹⁵¹ Informe 1999 de Radhika Coomaraswamy, párr. 52, Doc. ONU E/CN.4/1999/68/Add.4 (1999). Disponible en <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G99/103/29/PDF/G9910329.pdf?OpenElement>.

¹⁵² Informe 1999 de Radhika Coomaraswamy, párr. 53, Doc. ONU E/CN.4/1999/68/Add.4 (1999).

¹⁵³ Comité CEDAW, Recomendación General N°. 19, párr. 22. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm>.

¹⁵⁴ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez U.N. [A partir de ahora Informe del Relator Especial Juan Méndez de 2013] Doc. ONU A/HRC/22/53 (2013). Disponible <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G13/105/80/PDF/G1310580.pdf?OpenElement>.

El informe del Relator sobre la Tortura es instructivo en considerar estas intervenciones médicas no deseadas como violaciones graves de los derechos humanos. El Relator califica inequívocamente a la esterilización forzada como “un acto de violencia, una forma de control social y una violación del derecho a no ser sometido a torturas ni otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. Hace así mismo un llamamiento a los Estados “a que proscriban la esterilización forzada o coaccionada en cualquier circunstancia” y aclara que la esterilización con fines de prevención del embarazo no se puede justificar por razones de emergencia médica.¹⁵⁵

El sistema interamericano también ha descrito la esterilización forzada como un tipo de violencia contra las mujeres. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), ha considerado el tema de la “esterilización realizada por personal de salud sin el consentimiento informado de la mujer” y también las “consecuencias físicas y psicológicas de dicha intervención”, como formas de violencia contra la mujer.¹⁵⁶

También, dentro del sistema interamericano, la CIDH, en su informe sobre Perú, ha sostenido lo siguiente: “La Comisión considera que 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” por lo tanto considera que la práctica de los programas de planificación familiar, como por ejemplo la práctica de la esterilización forzada, se puede considerar una forma de violencia contra las mujeres.¹⁵⁷

Asimismo, en 2015, la CIDH envió un caso sobre esterilización sin consentimiento en Bolivia a la Corte IDH, alegando que “existe consenso internacional en que la esterilización sin consentimiento constituye una forma de violencia contra las mujeres en la que se afectan una serie de derechos humanos”.¹⁵⁸

Restricciones al aborto y a la anticoncepción también han sido consideradas como una forma de violencia contra las mujeres. La Relatora Especial sobre la Violencia contra la Mujer ha señalado que la limitación o la prohibición del acceso voluntario a los medios de anticoncepción es una forma de violencia en el contexto de la salud reproductiva. “Los actos que limiten deliberadamente la libertad de la mujer para utilizar medios anticonceptivos o

¹⁵⁵ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez U.N. [A partir de ahora Informe del Relator Especial Juan Méndez de 2013] Doc. ONU A/HRC/22/53 (2013). Disponible <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G13/105/80/PDF/G1310580.pdf?OpenElement>.

¹⁵⁶ CIDH, Acceso a servicios de salud maternas desde una perspectiva de derechos humanos, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69, 7 de junio de 2010, párr. 75. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/SaludMaterna2010.pdf>.

¹⁵⁷ CIDH, Segundo Informe sobre la Situación de Derechos Humanos en el Perú OEA/Ser.L/V/II.106 Doc. 59 rev. 2 de junio de 2000, párr. 26. Disponible en: <http://www.cidh.org/countryrep/Peru2000sp/capitulo7.htm>.

¹⁵⁸ CIDH, Informe de Fondo, I.V. vs Bolivia (informe de Fondo 72/14), párr. 156.

para hacerse un aborto constituyen violencia contra la mujer por cuanto que la someten a un número excesivo de embarazos y partos contra su voluntad, lo que aumenta riesgos de morbilidad materna que se podrían evitar.”¹⁵⁹

VIOLACIONES DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS COMO TORTURA U OTROS TRATOS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES

Si bien en un principio la prohibición de la tortura puede haberse aplicado sobre todo en contextos como el interrogatorio, castigo o intimidación de detenidos, la comunidad internacional ha empezado a ser consciente de que la tortura también puede darse en otros contextos, por ejemplo en la atención de la salud.¹⁶⁰ Como hemos documentado en los casos de este informe, las instituciones de salud muchas veces son lugares donde las personas tienen restringida su capacidad de salir acorde a su voluntad; siendo los casos más notables los de Mónica y Mainumby, que estuvieron retenidas contra su voluntad en hospitales hasta dar a luz como el Estado lo exigía.

La definición de tortura recogida en la Convención de Naciones Unidas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes (Convención ONU contra la Tortura)¹⁶¹ consta al menos de cuatro elementos esenciales:

1. Infligir dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales;
2. Ser intencional;
3. Tener un propósito concreto, incluida la discriminación;
4. e intervenir, o al menos prestar su aquiescencia [a ella], un funcionario del Estado.¹⁶²

En el Sistema Interamericano de Protección a los Derechos Humanos, la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (en adelante Convención Interamericana contra la Tortura) ¹⁶³ recoge similares elementos pero con algunos matices:

- No existe el requisito de “gravedad” de los dolores o sufrimientos infligidos
- El propósito puede ser “cualquier otro”

¹⁵⁹ Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Integración de los derechos de la mujer y la perspectiva de género: La violencia contra la mujer, U.N. Doc. E/CN.4/1999/68/ Add.4, (1999). párr. 57.

¹⁶⁰ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013, párr. 15-16

¹⁶¹ Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, Adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 39/46, de 10 de diciembre de 1984, Entrada en vigor: 26 de junio de 1987, artículo 1.

¹⁶² Informe del Relator Especial sobre la Tortura y Otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013, párr. 17.

¹⁶³ Organización de los Estados Americanos, Convención Inter-Americana para Prevenir y Sancionar la Tortura (2003), OAS/Ser.L/V/II.4 Rev. 9, artículo 2 [En adelante Convención Inter-Americana contra la Tortura]. Se puede acceder aquí: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-51.html>.

Ni la Convención Americana ni la Convención Interamericana sobre la Tortura define el concepto de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (en adelante “malos tratos” o “TCID”). Sin embargo la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha manifestado que una infracción al derecho a la integridad personal consagrado en el artículo 5 de la Convención Americana tiene diversas connotaciones de grado que abarcan desde la tortura hasta otro tipo de vejámenes cuyas secuelas físicas y psíquicas varían de intensidad según factores particulares en cada caso.¹⁶⁴

En la Convención de la ONU contra la Tortura, conforme al artículo 16, los actos que no se ajusten a la definición de tortura pueden constituir tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes. De acuerdo al Comité contra la Tortura, para que un acto se pueda calificar de TCID, se requieren los mismos elementos de la tortura salvo el de gravedad del dolor y el sufrimiento y el de la prueba de fines inaceptables que figura en la definición de tortura¹⁶⁵. Por su parte, la Corte Interamericana ha concordado con la jurisprudencia de la Corte Europea de Derechos Humanos y ha utilizado sobre todo la diferencia en la intensidad del sufrimiento infligido para distinguir entre ambos.¹⁶⁶

Ahora bien, el concepto de tortura u otros TCID no es un concepto estático sino que ha evolucionado con el tiempo, sustentándose en la concepción progresiva del Derecho Internacional de los Derechos Humanos y para reflejar las condiciones y los valores cambiantes de la sociedad. Por ejemplo, la Corte IDH en su decisión Cantoral Benavides Vs. Perú, cita a la Corte Europea de Derechos Humanos, recordando que esa Corte “ha señalado recientemente que ciertos actos que fueron calificados en el pasado como tratos inhumanos o degradantes, no como torturas, podrían ser calificados en el futuro de una manera diferente, es decir, como torturas, dado que a las crecientes exigencias de protección de los derechos y de las libertades fundamentales, debe corresponder una mayor firmeza al enfrentar las infracciones a los valores básicos de las sociedades democráticas.”¹⁶⁷

A continuación vamos a analizar la aplicación de los cuatro elementos esenciales que califican una acción como tortura en el derecho internacional de los derechos humanos en los contextos de abusos de la atención de la salud sexual y reproductiva: el elemento de sufrimiento grave, los elementos de propósito e intención y el elemento de intervención del Estado.

¹⁶⁴ Corte IDH, Caso Loayza Tamayo vs Perú, Sentencia de 17 de septiembre de 1997 (fondo); párr. 57.

¹⁶⁵ Comité CAT, Observación general 2 (2007), párr. 10. Disponible en http://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CAT/00_5_obs_grales_CAT.html.

¹⁶⁶ Caso Caesar Vs. Trinidad y Tobago, Sentencia de 11 de marzo de 2005, CIDH. H.R., (Ser. C) No. 123, párr. 50.

¹⁶⁷ Caso Cantoral Benavides Vs. Perú, Sentencia de 18 de agosto de 2000, ICHR, (Ser. C) No. 69, párr. 99, citando Eur. Court HR, Selmouni v. France, Judgment of 28 July 1999, párr. 101. En su jurisprudencia, la Corte IDH se ha referido a los tres instrumentos específicos que combaten la tortura y los otros tratos en el plano internacional --las Convenciones de Naciones Unidas (de 1984, y su Protocolo de 2002); Interamericana (1985) y Europea (1987) contra la Tortura. Ver por ejemplo Caso de Maritza Urrutia Vs. Guatemala, Sentencia de 27 de noviembre de 2003, Corte IADH, (Ser. C) 103, párr. 90; Caso Bámaca Velásquez Vs. Guatemala, Sentencia de 25 de noviembre de 2000, Corte IADH., (Ser. C) No. 70, párr. 156.; Caso Cantoral Benavides Vs. Perú, Sentencia de 18 de agosto de 2000, Corte IADH, (Ser. C) No. 69, párr. 183. Algunos de sus jueces considera que la aplicación de los tres instrumentos internacionales es de carácter complementario y no excluyente. Caso “Maritza Urrutia vs. Guatemala”, supra nota 29. Voto razonado Juez Cançado Trindade, párr. 2.

TORTURA U OTROS MALOS TRATOS EN LOS CONTEXTOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: EL ELEMENTO DE DAÑO O SUFRIMIENTO GRAVE

El primer elemento de la definición de tortura en el derecho internacional tiene que ver con la gravedad del sufrimiento o daño que se inflige a la víctima de tortura. Evidentemente, como lo ha especificado la Corte IDH, esto debe analizarse caso por caso pero los ejemplos de este informe demuestran cuán graves pueden ser esos daños y el sufrimiento provocados por violaciones a los derechos sexuales y reproductivos.

En los casos de prohibición total del aborto o restricciones severas al aborto, el sufrimiento es tan grave que mujeres y niñas mueren por causas evitables. El vínculo entre abortos inseguros y mortalidad y morbilidad maternas está sólidamente demostrado¹⁶⁸ y ha sido reconocido por los Estados de la región recientemente.¹⁶⁹ En América Latina y el Caribe, las mujeres se enfrentan cotidianamente a prácticas de aborto inseguro debido a las restricciones legales y prácticas, con efectos directos sobre su salud y su bienestar.¹⁷⁰ La región registra el porcentaje estimado más alto de aborto inseguro en el mundo.¹⁷¹

Asimismo, el sufrimiento suele ser tan grave que algunas mujeres pueden sentirse inclinadas al suicidio. En la región existe un caso paradigmático que demuestra este patrón, el caso L.C vs Perú, seguido ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW). L.C. quedó embarazada cuando tenía 13 años como producto de las repetidas violaciones que sufrió por parte de un hombre mayor. L.C. intentó suicidarse saltando al vacío desde el techo de la casa de un vecino y sufrió una lesión en la médula espinal. Trasladada a un hospital público, y los médicos recomendaron una intervención quirúrgica urgente para evitar que se consolidara el daño sufrido por la caída. La cirugía no se realizó cuando se confirmó su embarazo, pese a que se solicitó formalmente un aborto terapéutico a la dirección del hospital, el aborto fue negado. L.C. sólo fue operada cuando sufrió un aborto espontáneo, casi tres meses después de haber sufrido la lesión, pero la intervención

¹⁶⁸ Véase OMS, Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud, Ginebra, 2003, p. 12, disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/safe_abortion/text_es.pdf; y OMS, Global and Regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003, 5ª edición, 2003, disponible en: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafeabortion_2003/ua_estimates03.pdf.

¹⁶⁹ Los Estados de la región han afirmado estar “Preocupados por las elevadas tasas de muertes maternas, en gran medida debidas a la dificultad para acceder a servicios adecuados de salud sexual y salud reproductiva y a la realización de abortos inseguros, y conociendo que algunas experiencias en la región muestran que la penalización del aborto provoca el incremento de la mortalidad y morbilidad maternas y no disminuye el número de abortos, todo lo cual aleja a los Estados del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio”. CONSENSO DE MONTEVIDEO SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO (2013), CEPAL, LC/L.3697, párr. 33.

¹⁷⁰ Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. 6a ed. Ginebra: WHO; 2011. 2. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012. Ginebra: OMS; 2012.

¹⁷¹ WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division [Internet]. Ginebra: WHO; 2014. Disponible en WHO: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2013/en/>.

quirúrgica no impidió que quedara cuadripléjica.¹⁷² El Comité CEDAW dictaminó que Perú debe modificar su legislación para permitir a las mujeres obtener un aborto en casos de violación y establecer un mecanismo para garantizar la disponibilidad de los servicios de aborto cuando la vida o la salud de la mujer está en peligro, circunstancias bajo las cuales el aborto es legal en el país.¹⁷³

Recientemente, el Ministerio de Salud de Perú reportó que en el año 2012 el 56% de las muertes de adolescentes embarazadas por causas indirectas fueron reportadas por suicidio.¹⁷⁴ Estudios han determinado una correspondencia desproporcionada entre embarazos adolescentes y suicidios.¹⁷⁵ El Comité contra la Tortura ha pedido repetidamente a los Estados que tomen medidas para evitar los suicidios.¹⁷⁶

Las muertes maternas y los suicidios son sólo algunos de los indicadores del dolor y sufrimiento que experimentan mujeres y niñas en contextos de ilegalidad y penalización del aborto. En este informe hemos documentado muchos otros, como la negación del tratamiento apropiado para enfermedades como el cáncer en los casos de Tania y Rosaura, o la malformación genética, cardiopatía en el caso de Mónica, con el argumento que dicho tratamiento podría dañar al feto. La denegación de tratamiento médico bajo la justificación de la protección del feto puede llegar a constituir una forma de tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes.

¹⁷² Centre for Reproductive Rights, Factsheet: el Caso L.C vs Peru (CEDAW). Disponible en http://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/28JAN15%20GLP_LAC_LCvPeru_Factsheet%20AS%20FILED.pdf.

¹⁷³ CEDAW, Comunicación 22/2009, Octubre 2011, CEDAW/C/50/D/22/2009

¹⁷⁴ Informes 4 y 5 al Comité de los Derechos del Niño, disponible en http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC/C/PER/4-5&Lang=en.

¹⁷⁵ OMS y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Mental health aspects of women's reproductive health. A global review of the literature, 2009, p. 9, http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563567_eng.pdf. Traducción de Amnistía Internacional.

¹⁷⁶ Véanse, por ejemplo, Conclusiones y recomendaciones del Comité contra la Tortura sobre Reino Unido, CAT/C/CR/33/3, párr. 4, en las que el Comité expresa su preocupación por los “informes sobre casos de intimidación a los que han seguido autolesiones y suicidios, acaecidos en las fuerzas armadas, y la necesidad de realizar una investigación plena y transparente de estos incidentes y de adoptar medidas preventivas adecuadas”; Conclusiones y recomendaciones del Comité contra la Tortura sobre la República de Corea, CAT/C/KOR/CO/2, párr. 14: “El Comité expresa su preocupación por el elevado número de suicidios y muertes súbitas de otra índole que se producen en los centros de detención. [...] El Estado Parte debería adoptar todas las medidas necesarias no sólo para reducir el número de muertes en centros de detención, sino también para impedir que ocurran [...] y deberían crearse programas de prevención del suicidio en esos lugares”; Conclusiones y recomendaciones del Comité Contra la Tortura sobre Portugal, CAT/C/PRT/CO/4, párr. 11: “[El Estado Parte] también debería reforzar las medidas adoptadas para prevenir la violencia entre los reclusos, en particular la violencia sexual, y el suicidio de los detenidos”.

A pesar de estas condiciones restrictivas, las mujeres acuden al aborto cuando se enfrentan a un embarazo que no desean o que no pueden continuar.¹⁷⁷ Las consecuencias de los abortos inseguros pueden ser dramáticas para su vida y salud, muchas veces incluyen la inserción de objetos en la vagina que puede ocasionar la perforación del útero o secuelas como hemorragia, sepsis, intoxicación o alguna incapacidad permanente. Los riesgos sociales, médicos, psicológicos y jurídicos a los que están expuestas las mujeres y niñas por esta penalización, se incrementan cuando las condiciones en las que tiene lugar la práctica no son las adecuadas, cuando las mujeres carecen de apoyo social o cuando no disponen de recursos e información confiable y de calidad para la toma de la decisión.¹⁷⁸

Asimismo, al analizar el elemento de grave daño o sufrimiento en los contextos de salud sexual y reproductiva, debe tenerse en cuenta la interpretación evolutiva del concepto de tortura u otros TCID y en especial que el “grado de sufrimiento” es relativo a las circunstancias del caso, ya que diferentes personas por ciertas características personales experimentan el dolor de diferentes maneras. Asimismo deben tenerse en cuenta los efectos acumulativos que pueden tener este tipo de sufrimientos en los ámbitos sexuales y reproductivos.

La Corte IDH se hizo eco de su par Europea señalando que “el análisis de la gravedad de los actos que puedan constituir tratos crueles, inhumanos o degradantes o tortura, es relativo y depende de todas las circunstancias del caso, tales como la duración de los tratos, sus efectos físicos y mentales y, en algunos casos, el sexo, edad y estado de salud de la víctima, entre otros”.¹⁷⁹

Además, los organismos de derechos humanos, incluida la Corte Interamericana de Derechos Humanos, reconocen cada vez más que las mujeres, como consecuencia de su sexo o género, pueden tener una experiencia distinta del dolor y del sufrimiento y que, por tanto, los efectos de estos daños también pueden ser diferentes.¹⁸⁰

Finalmente, no sólo el sufrimiento físico puede considerarse grave. A la hora de interpretar actos que constituyen tortura, la Corte IDH ha dejado claro que infligir sufrimiento psicológico o angustia moral puede también constituir tortura.¹⁸¹ Es decir, no es necesario que

¹⁷⁷ Guttmacher Institute [homepage on the Internet]. Nueva York: Guttmacher Institute; 2012. [Actualizado, 2012 enero]. Facts on Induced Abortion Worldwide. Worldwide Incidence and Trends;. Disponible en: http://www.guttmacher.org/pubs/fb_IAW.html.

¹⁷⁸ Alejandra López Gómez, “Mujeres y abortos”, en Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro (CLACAI) Investigación sobre aborto en América Latina y El Caribe: una agenda renovada para informar políticas públicas e incidencia. Disponible en <http://clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/661/Inv-aborto-ALyC-web.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

¹⁷⁹ Caso Hermanos Gómez Paquiyauri Vs Perú, Sentencia de 8 de julio de 2004, CIDH, (Ser. C) No. 110, párr. 113, Citando Eur. Court H.R., Case Ireland v. the United Kingdom, Judgment of 18 January 1978, Series A No. 25, párr. 162.

¹⁸⁰ Caso Penal Miguel Castro. Castro Vs. Perú, Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas, ICHR (ser. C) No. 160 (25 de noviembre de 2006).

¹⁸¹ “La Corte ha establecido que un acto de tortura puede ser perpetrado tanto mediante actos de violencia física como a través de actos que produzcan en la víctima un sufrimiento psíquico o moral agudo.” Corte IDH, Caso Fernández Ortega y otros Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de agosto de 2010, párr. 124.

exista violencia física para que se establezca que existe tortura. Por ejemplo, en su decisión sobre *Maritza Urrutia Vs. Guatemala*, la Corte declaró lo siguiente:

*De acuerdo a las circunstancias de cada caso en particular, algunos actos de agresión infligidos a una persona pueden calificarse como torturas psíquicas, particularmente los actos que han sido preparados y realizados deliberadamente contra la víctima para suprimir su resistencia psíquica y forzarla a autoinculparse o a confesar determinadas conductas delictivas o para someterla a modalidades de castigos adicionales a la privación de la libertad en sí misma.*¹⁸²

No cabe duda que negar servicios de aborto seguro a mujeres y niñas que los necesitan, o provocarles abortos forzosos o imponerles una esterilización no consentida (como en los casos de Esperanza y Michelle); entre otras violaciones de derechos reproductivos documentadas; les causa dolores o sufrimientos psíquicos y morales graves.

TORTURA U OTROS MALOS TRATOS EN LOS CONTEXTOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: EL ELEMENTO DE INTENCIONALIDAD Y DE PROPOSITO CONCRETO

En su Observación general número 2, el Comité contra la Tortura ha explicado que “los elementos de intencionalidad y finalidad del artículo 1 no entrañan una investigación subjetiva de las motivaciones de los autores, sino que deben ser conclusiones objetivas a la luz de las circunstancias”.¹⁸³ Es clarísimo que los países que han dictado legislación penalizando totalmente el aborto, la intencionalidad es prohibir ese tratamiento médico para mujeres y niñas incluso si su vida o salud están en riesgo o si ese embarazo es producto de una experiencia inherentemente traumática como lo es la violación sexual.¹⁸⁴ La intención es también penalizarlas y someterlas a ellas y al personal médico tratante a diversas penas, incluyendo de privación de la libertad.

Con respeto al requisito de “intención” contenido en la definición de tortura, el Relator Especial contra la Tortura ha declarado que podrá entenderse que existe ese requisito también cuando se encuentre implícita la discriminación contra una persona, por ejemplo por discapacidad. En cambio, de acuerdo a dicho Relator, una conducta meramente negligente carece de la intención que se exige en el artículo 1, pero puede ser constitutiva de malos tratos si provoca dolores o sufrimientos graves.¹⁸⁵

¹⁸² Corte IDH, Caso de Maritza Urrutia Vs. Guatemala, Sentencia de 27 de noviembre de 2003, Corte IADH, (Ser. C) 103, párr. 93.

¹⁸³ Comité contra la Tortura, Observación general núm. 2: Aplicación del artículo 2 por los Estados Partes, CAT/C/GC/2, 24 de enero de 2008, párr. 9.

¹⁸⁴ La Corte IDH ha dicho con claridad que “la violación sexual es una experiencia sumamente traumática que tiene severas consecuencias y causa 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. De ello se desprende que es inherente a la violación sexual el sufrimiento severo de la víctima, aun cuando no exista evidencia de lesiones o enfermedades físicas.” Corte IDH, Caso Fernández Ortega y otros Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de agosto de 2010, párr. 114. Caso Masacres de Río Negro Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de septiembre de 2012, párr. 132; Caso Masacres de El Mozote y lugares aledaños Vs. El Salvador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de octubre de 2012, párr. 165.

¹⁸⁵ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013, párr. 19.

El criterio del “propósito concreto” es quizás el que merece más análisis en los contextos de salud sexual y reproductiva. En el contexto de los tratamientos médicos, las opciones de las mujeres y niñas suelen quedar invalidadas atendiendo a un supuesto “interés superior” y las violaciones graves y la discriminación contra ciertas categorías de personas pueden encubrirse so capa de las “buenas intenciones” de los profesionales de la salud.¹⁸⁶

Los casos acá documentados lo demuestran: Mainumby fue internada, obligada a un embarazo y una maternidad forzadas en nombre de la protección de un bien que fiscales, jueces y políticos consideraron más importante que su interés superior, que su propia salud o proyecto de vida: la protección del feto. Lo mismo sucedió con Mónica, Tania y Rosaura. En contextos legales que penalizan el aborto como el de América Latina y el Caribe, esto es muy común. En los casos de Michelle y Esperanza, es posible que los médicos tratantes también tuvieran la convicción que estaban forzando una esterilización “por su propio bien”, haciéndoles un favor.

Por el contexto de discriminación descrito, el personal de los sistemas de salud y justicia del Estado en nuestra región muchas veces opera con la intención de castigar con sus prácticas a las mujeres que tienen la osadía de decidir sobre su sexualidad y reproducción o que han experimentado situaciones que ellos consideran “reprochables”. Es el caso de Teodora, que es considerada culpable de su propia emergencia obstétrica, maltratada durante su internación en el hospital por esa supuesta culpabilidad y luego enviada a la cárcel. O el caso de Michelle que fue maltratada durante todo su tratamiento en el hospital por ser VIH positiva y quedar embarazada, algo que el médico tratante consideró reprochable. Lo mismo sucedió con Tania, la primera reacción de su médico tratante fue culpabilizarla por quedar embarazada mientras recibía un tratamiento de cáncer y luego mentirle que ese tratamiento podía suspenderse sin riesgos para su vida.

Es importante destacar que el personal de salud muchas veces es también víctima del sistema punitivo del Estado, encontrándose en la disyuntiva de dejar morir a su paciente o arriesgarse a ser condenado a una pena privativa de la libertad en los casos de penalización del aborto sin excepciones o con pocas excepciones por ejemplo.

En ámbitos de salud sexual y reproductiva muchas veces nos encontramos con la exigencia y dificultad de probar que el médico tratante ha provocado el daño o sufrimiento grave *con la intención* de causar ese daño, lo que es difícil porque la mayoría de las veces se protegerán en la legislación o “la percepción, nunca justificada, de que las autoridades pueden defender ciertas prácticas de atención de la salud por razones de eficiencia administrativa, para modificar conductas o por imperativo médico.”¹⁸⁷

Sin embargo, de acuerdo a la Convención de la ONU contra la Tortura, el elemento de propósito concreto incluye “cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación”. De manera que no hace falta probar que la *intención* del personal médico tratante fue causar el

¹⁸⁶ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013, párr. 19, refiriéndose a las personas con discapacidad.

¹⁸⁷ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, A/HRC/22/53, 1 de febrero de 2013, párr. 13.

daño sino probar que la razón de ese daño o sufrimiento grave está basada en discriminación. De manera que estaría clara la aplicación de este elemento en todas las violaciones de derechos sexuales y reproductivos descritas en este informe y en muchas otras de nuestra región; teniendo en cuenta que la base de dichas violaciones es la discriminación de género.¹⁸⁸

Esto es así porque negar tratamientos de salud que únicamente mujeres o niñas en edad reproductiva pueden necesitar; o imponérselos sin su debido consentimiento, es discriminación basada en el género.

Al respecto, varios Relatores Especiales de la ONU han explicado la existencia de un vínculo claro entre la violencia basada en el género - incluida las violaciones de derechos sexuales y reproductivos- con la tortura. Sus análisis explican que debido a que en el origen de las violaciones de los derechos reproductivos existe discriminación, por definición, estas violaciones satisfacen el requisito de la definición de tortura que requiere una demostración de propósito detrás de un acto de tortura, uno de los cuales puede ser la discriminación de la víctima. El Relator Especial sobre la Tortura aclara este vínculo:

*La discriminación desempeña un papel destacado en un análisis de las violaciones de los derechos reproductivos como formas de tortura o malos tratos porque bajo su superficie suele haber prejuicios basados en el sexo y el género. El titular del mandato declaró, con respecto a una definición de la tortura que incluyese la perspectiva de género, que el elemento de propósito se cumplía siempre cuando se trataba de la violencia específica contra la mujer en el sentido de que era inherentemente discriminatoria y de que uno de los propósitos posibles enumerados en la Convención era la discriminación.*¹⁸⁹

Del mismo modo, el Comité contra la Tortura ha identificado específicamente el contexto del tratamiento médico, “particularmente en el caso de las decisiones relacionadas con la reproducción” como una situación en la que las mujeres “sufren o corren el riesgo de sufrir torturas o malos tratos, y sus consecuencias.”¹⁹⁰

El Comité de Derechos Humanos observó en el caso de Perú, que había discriminación en la protección del derecho a la vida, consagrado en el artículo 6 del Pacto, ya que los hombres pueden solicitar atención médica por una enfermedad que ponga en peligro su vida sin temor a que ellos o los proveedores de servicios médicos sean procesados por vía penal, mientras que a las mujeres se les niega esta posibilidad.¹⁹¹

¹⁸⁸ En el Sistema Interamericano, como hemos dicho, el elemento de “propósito concreto del acto” se encuentra desdibujada dado que la Convención Americana contra la Tortura establece que la tortura puede inculcarse “con cualquier otro fin”.

¹⁸⁹ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Manfred Nowak: Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo, párr. 68, Doc. ONU A/HRC/7/3 (2008).

¹⁹⁰ Comité CAT, Observación General 2 (2007), párr. 22.

¹⁹¹ Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Perú, 15 de septiembre de 2000, CCPR/CO/70/PER, párr. 20, disponible en: [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/CCPR.CO.70.PER.Sp?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/CCPR.CO.70.PER.Sp?Opendocument).

De manera que el elemento de “propósito concreto” requerido por el artículo 1 de la Convención ONU contra la Tortura estaría presente cada vez que el dolor o sufrimiento grave es causado por una legislación, política o práctica de salud sexual y reproductiva que es discriminatoria.

TORTURA U OTROS MALOS TRATOS EN LOS CONTEXTOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: EL ELEMENTO DE PARTICIPACION DEL ESTADO

El otro elemento de la definición de tortura que merece cierto análisis es el de “intervenir, o al menos prestar su aquiescencia [a la tortura], un funcionario del Estado”. El personal de salud en establecimientos estatales es considerado funcionario del Estado. El Relator Especial sobre la Tortura ha declarado explícitamente que el requisito de la participación del Estado en la definición de la tortura se extiende, entre otros, a médicos y profesionales de la salud, incluidos los que trabajan en hospitales privados y otras instituciones.¹⁹²

Otros organismos de la ONU y la Corte Interamericana de Derechos Humanos han analizado más a fondo las circunstancias en las que el Estado es responsable por los actos de los agentes no estatales. Por ejemplo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha señalado que “el Estado es directamente responsable de las actividades de las instituciones privadas cuando subcontrata sus servicios médicos” y que, además, “siempre mantiene el deber de reglamentar y vigilar a las instituciones privadas de atención de la salud.”¹⁹³

Del mismo modo, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha explicado que el deber del Estado de “regular y fiscalizar las instituciones que prestan servicios de salud”, incluye tanto a las “entidades públicas y privadas que prestan servicios públicos de salud, como aquellas instituciones que se dedican exclusivamente a servicios privados de salud.”¹⁹⁴

En igual sentido, la Corte IDH ha condenado a Ecuador en 2015 por violación del derecho a la vida y a la integridad de una joven que adquirió de VIH tras una transfusión sanguínea en un banco privado de sangre, declarando que son imputables al Estado el tipo de negligencia que condujo al contagio; por haber fallado el Estado en su obligación de fiscalización y supervisión de la prestación de servicios de salud.¹⁹⁵

Según lo establecido por la jurisprudencia, se puede afirmar de manera concluyente que el Estado es responsable de la tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes cometidos en instituciones públicas y privadas de servicios de salud.

¹⁹² Informe 2008 del Relator Especial Manfred Nowak] Doc. ONU A/HRC/63/175 (2008), párr. 51.

¹⁹³ CEDAW, Caso da Silva Pimentel Vs. Brasil, Comunicación No. 17/2008, párr. 7.5. Disponible en http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CEDAW/Jurisprudence/CEDAW-C-49-D-17-2008_sp.pdf

¹⁹⁴ Corte IDH, Caso Ximenes Lopes Vs. Brasil, Fondo, Reparaciones y costas, ICHR (ser. C) No. 149, 141 (4 de julio de 2006).

¹⁹⁵ Corte IDH, CASO GONZALES LLUY Y OTROS VS. ECUADOR, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas (1 de septiembre de 2015), párr. 191.

VIOLACIONES ESPECÍFICAS DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS COMO TORTURA U OTROS TRATOS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES

En concordancia con el análisis hasta acá desarrollado; ciertas violaciones de los derechos sexuales y reproductivos ya han sido calificadas como una forma de tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes por los órganos de vigilancia de los tratados de las Naciones Unidas. Los siguientes son algunos ejemplos de tales violaciones, pero creemos que teniendo en cuenta el análisis de la aplicabilidad de los elementos constituyentes de tortura u otros TCID en los contextos de salud analizados en el capítulo anterior, muchas otras violaciones de derechos sexuales y reproductivos podrían configurarse como tortura u otros TCID.

LAS RESTRICCIONES DE ACCESO AL ABORTO Y LA PROHIBICIÓN ABSOLUTA DEL ABORTO

De acuerdo al Relator sobre la Tortura, el Comité contra la Tortura “ha expresado reiteradamente su preocupación por el hecho de que las restricciones en el acceso al aborto y las prohibiciones absolutas con respecto al mismo conculcan la prohibición de la tortura y los malos tratos”.¹⁹⁶

En América Latina y el Caribe, el Comité contra la Tortura (CAT) ha expresado su preocupación por legislación restrictiva del aborto en más de una ocasión. Por ejemplo en Perú¹⁹⁷ ha establecido que “la legislación actual restringe severamente el acceso a interrupciones voluntarias del embarazo, incluso en casos de violación, lo cual ha resultado en graves daños, incluso muertes innecesarias de mujeres (...) que constituyen actos crueles e inhumanos.” Asimismo, en Nicaragua el CAT ha sumado su voz de preocupación por la prohibición total del aborto a la del Consejo de Derechos Humanos, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y como esos órganos ha recomendado al Estado que estudie la posibilidad de prever excepciones a la prohibición general del aborto para los casos de aborto terapéutico y los embarazos resultantes de violación o incesto.¹⁹⁸ En Chile, el CAT ha recomendado al Estado que “elimine la práctica de extraer confesiones a efectos de enjuiciamiento de las mujeres que buscan atención médica de emergencia como resultado de abortos clandestinos”.¹⁹⁹

Otro caso donde se reconoció que las restricciones de acceso al aborto son una forma de tortura u otro trato cruel, inhumano y degradante es el caso de KL Vs. Perú, en el cual el Comité de Derechos Humanos concluyó que Perú violó la prohibición de la tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes en virtud del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) cuando el Estado no permitió que KL tuviera un aborto

¹⁹⁶ Informe 2013 del Relator Especial Juan Méndez, Doc. ONU A/HRC/22/53 (2013), párr. 50.

¹⁹⁷ Comité Contra la Tortura, CAT/6/PER/CO/4 (2008) párr 23. Disponible en http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT%2fC%2fPER%2fCO%2f4&Lang=en.

¹⁹⁸ CAT/C/NIC/CO/1 (2009) párr 16. Disponible en http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT%2fC%2fNIC%2fCO%2f1&Lang=en.

¹⁹⁹ CAT/C/CR/32/5 (2004), párr. 7.

terapéutico, a pesar de que llevaba un feto anencefálico. El Comité de Derechos Humanos explicó que el sufrimiento que experimentó KL, incluyendo la angustia y la depresión profunda que experimentó tanto durante su embarazo como después de haber dado a luz fue debido a la negativa del Estado de que se le efectuara un aborto. Como consecuencia de esta negativa, se vio obligada a llevar a término su embarazo y dar a luz a su hija, que murió cuatro días después de su nacimiento.²⁰⁰

En un caso de Argentina, el Comité de Derechos Humanos también consideró que la omisión del Estado de asegurar a una mujer acceso a servicios de aborto a los que tenía derecho legalmente, le había causado sufrimiento físico y mental que constituye tratos crueles, inhumanos o degradantes.²⁰¹ En este sentido, el Comité recuerda su Observación General n° 20 en la que señala que el derecho protegido en el artículo 7 del Pacto no sólo hace referencia al dolor físico, sino también al sufrimiento moral.²⁰²

Demostrando el amplio consenso con respecto a la consideración de la prohibición del aborto como contraria al derecho de toda persona a no ser sometida a tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, tres Relatores Especiales de las Naciones Unidas emitieron un comunicado pidiendo al gobierno salvadoreño que proporcionara a Beatriz, una mujer salvadoreña, el tratamiento que podía salvar su vida, que era la interrupción del embarazo. A Beatriz se le había negado un aborto, dada la prohibición total del aborto en El Salvador, a pesar de que se le había diagnosticado un embarazo de alto riesgo de muerte y el feto que llevaba era anencefálico. En su declaración, estos Relatores caracterizaron la situación de Beatriz de “cruel, inhumana y degradante.”²⁰³

La Corte Europea de Derechos Humanos ha declarado en más de una oportunidad la violación del Estado de la prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes por denegación de un aborto que era permitido por el marco legal y fue denegado.²⁰⁴

²⁰⁰ Caso KL vs. Perú, Comité de Derechos Humanos, Comunicación No. 1153/2003 (2005), párr. 6.3. Disponible en https://www.cejil.org/sites/default/files/legacy_files/V.%20Comit%C3%A9%20de%20Derechos%20Humanos.pdf.

²⁰¹ Comité de Derechos Humanos, L.M.R. vs. Argentina. Dictamen. Comunicación N° 1608/2007, 101° período de sesiones, 28 de abril de 2011, [CCPR/C/101/D/1608/2007], párr. 9.2.

²⁰² Comité de Derechos Humanos, L.M.R. vs. Argentina. Dictamen. Comunicación N° 1608/2007, 101° período de sesiones, 28 de abril de 2011, [CCPR/C/101/D/1608/2007], párr. 9.2.

²⁰³ Declaración conjunta de los Relatores Especiales de Naciones Unidas sobre Tortura, Violencia contra las Mujeres y Salud y del Grupo de Trabajo de Naciones Unidas sobre Discriminación contra la Mujer en la Ley y en la Práctica. “El Salvador: UN Rights Experts Appeal to Government to Provide Life-Saving Treatment to Woman at Risk (Apr. 26, 2013), available at <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=13269&LangID=E#sthash.3kcIpwK6.dpuf>.

²⁰⁴ Corte Europea de Derechos Humanos Casos RR v. Poland, No. 27617/04. (2011) & Caso P. & S. Vs Poland, ECHR 398 (2012) 30.10.2012.. (<http://hudoc.echr.coe.int/fre-press?i=003-4140612-4882633>) disponible en Inglés y Francés únicamente.

ESTERILIZACIONES FORZADAS

El Comité contra la Tortura, en sus Observaciones Finales, ha destacado que antes de realizar una esterilización, se debe obtener el consentimiento de la mujer, y señaló que la obtención del consentimiento “libre, pleno e informado” es un requisito previo necesario para un procedimiento de esterilización. Mención especial se ha hecho de la necesidad de obtener este consentimiento cuando las personas son especialmente vulnerables por razones diversas. Por ejemplo, el Relator Especial sobre la Salud ha puesto de relieve la importancia del consentimiento en el contexto de personas con discapacidades mentales, explicando que “el consentimiento al tratamiento es uno de los temas más importantes de derechos humanos relacionados con la discapacidad mental”, pasando a señalar que esta cuestión se refiere a la prohibición de los tratos inhumanos o degradantes.²⁰⁵

Del mismo modo, el Comité contra la Tortura ha hecho especial mención a situaciones en las que la esterilización forzada se ha dirigido a grupos marginados, incluidas las mujeres romaníes, y ha pedido la investigación, el proceso y castigo de los autores y la provisión de indemnización a las víctimas en los casos en los que las mujeres fueron esterilizadas involuntariamente, es decir, sin el consentimiento libre, pleno e informado.²⁰⁶ Del mismo modo, el Comité contra la Tortura ha enmarcado la cuestión de la esterilización sin el consentimiento libre e informado de las personas con “discapacidad mental”, como algo relacionado con la prohibición de los tratos crueles, inhumanos o degradantes, y pidió, por ejemplo, la derogación de un decreto en Perú que permitía esta práctica.²⁰⁷

El Comité contra la Tortura también ha expresado su preocupación por las prácticas de esterilización forzada o involuntaria de mujeres que son VIH positivo o que tienen discapacidades, enmarcando este tema también bajo la prohibición de los tratos crueles, inhumanos o degradantes.²⁰⁸ Del mismo modo, el Relator Especial sobre la Salud ha planteado la cuestión de los grupos que enfrentan una situación de mayor riesgo de sufrir violaciones de los derechos, incluidas las mujeres con discapacidades mentales, señalando que son particularmente vulnerables a ser esterilizadas por la fuerza, y caracterizando esta práctica como una violación del derecho a la salud sexual y reproductiva.²⁰⁹

²⁰⁵ Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, E/CN.4/2005/51, párr. 87.

²⁰⁶ Comité CAT, Observaciones Finales: Eslovaquia, párr. 14, Doc. de la ONU CAT/C/SVK/CO/2 (2009). [Preocupan profundamente al Comité las denuncias de que continúan las esterilizaciones no voluntarias de mujeres romaníes. El Estado parte debería: a) Tomar medidas urgentes para investigar de manera rápida, imparcial, exhaustiva y eficaz todas las denuncias de esterilizaciones no voluntarias de mujeres romaníes, procesar y castigar a los autores y proporcionar a las víctimas una indemnización equitativa y adecuada, y b) Hacer cumplir efectivamente la Ley de atención de salud (2004) publicando directrices y formando a los funcionarios públicos, en particular sobre la responsabilidad penal del personal médico que realice esterilizaciones sin el consentimiento otorgado libre y plenamente y con conocimiento de causa por las mujeres a las que se vaya a esterilizar, así como sobre la forma de obtener tal consentimiento.]

²⁰⁷ Comité CAT, Observaciones Finales: Perú, párr. 15 y 19, Doc. de la ONU. CAT/C/PER/CO/5-6 (2013); Ver también Comité CAT, Observaciones Finales: Perú, párr. 23, CAT/C/PER/CO/4.

²⁰⁸ Comité CAT, Observaciones Finales: Kenia, párr. 27, U.N. Doc. CAT/C/KEN/CO/2 (2013).

²⁰⁹ Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, E/CN.4/2005/51, párr. 12.

El Comité de Derechos Humanos también ha enmarcado cuestiones en torno a la esterilización y el aborto como posibles violaciones del artículo 7 del PIDCP que prohíbe la tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes.²¹⁰ Por ejemplo, el Comité ha explicado que el fracaso del Estado de respetar la privacidad de las mujeres, por ejemplo, exigiendo que el marido autorice la decisión de una mujer de esterilizarse, exigiendo otros requisitos que se deben cumplir para que una mujer se pueda esterilizar, o al exigir que los médicos y otro personal de salud reporten casos de mujeres que han tenido abortos, podría violar la prohibición del PIDCP de la tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes.²¹¹ El Comité de Derechos Humanos ha expresado su profunda preocupación por la esterilización forzada y enmarcado la cuestión en el contexto de la prohibición de la tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes también en sus observaciones finales.²¹²

DENEGACIÓN DE CUIDADOS POST-ABORTO Y OBLIGACIÓN DE DENUNCIAR

También el Comité contra la Tortura ha expresado reiteradamente su preocupación debido a que las restricciones en el acceso al aborto y las prohibiciones absolutas con respecto al mismo conculcan la prohibición de la tortura y los otros malos tratos.²¹³ El Comité de Derechos Humanos señaló explícitamente que las violaciones del artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos incluían el aborto forzoso y la negación al acceso a un aborto en condiciones seguras para las mujeres que resultaran embarazadas a raíz de una violación²¹⁴ y manifestó su inquietud acerca de los obstáculos impuestos al aborto cuando era legal.

El Comité contra la Tortura, en su revisión de Paraguay, por ejemplo, ha expresado su preocupación por la negación de la atención post-aborto, dado que podría “poner en un peligro serio” la salud de las mujeres. El Comité ha indicado que dicha negación puede constituir “actos crueles e inhumanos.”²¹⁵

²¹⁰ PIDCP, Artículo 7: Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.

²¹¹ Comité de Derechos Humanos, Observación general N° 28, artículo 3 (Igualdad de derechos entre hombres y mujeres), 68° período de sesiones (2000), en Recopilación de las Observaciones Generales y Recomendaciones Generales adoptadas por Órganos creados en virtud de Tratados de Derechos Humanos, p.228, para. 20, Doc ONU HRI/ GEN/1/Rev.5 (2001). Disponible en <http://www.servindi.org/pdf/ObservacionesyRecomendacionesGenerales.pdf>.

²¹² Ver también, Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos sobre Eslovaquia, CCPR/CO/78/SVK, párr. 12; y Observaciones Finales del CDH sobre Japón y Perú pero sin calificar las esterilizaciones forzadas de tortura o TCID: CCPR/C/79/Add.102, párr. 31; CCPR/CO/70/PER, párr. 21 (Le preocupan al Comité las denuncias recibidas sobre esterilizaciones involuntarias, particularmente de mujeres indígenas en zonas rurales y de mujeres de los sectores sociales más vulnerables. El Estado Parte debe tomar las medidas necesarias para que las personas que se someten a métodos de anticoncepción quirúrgica estén plenamente informadas y den su libre consentimiento).

²¹³ Véase CAT/C/PER/CO/4, párr. 23. Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, 1 de febrero de 2013, A/HRC/22/53, párr. 50.

²¹⁴ Observación general N° 28, párr. 11; véase también CCPR/CO.70/ARG, párr. 14 y el Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, *Op.cit.*

²¹⁵ Comité contra la Tortura de la ONU, Observaciones Finales: Paraguay, párr. 22, Doc. ONU CAT/C/PRY/CO/4-6 (2011).

Como se explicó anteriormente, de acuerdo con la definición de tortura en virtud de la Convención de la ONU contra la Tortura, infligir dolor o sufrimientos graves con el propósito de obtener información o una confesión, constituye un propósito inaceptable. El Comité contra la Tortura, en sus observaciones finales a Chile, ha pedido el fin de “la práctica de extraer confesiones a efectos de enjuiciamiento de las mujeres que buscan atención médica de emergencia como resultado de abortos clandestinos.”²¹⁶ Por lo tanto, se puede argumentar que la práctica de condicionar la prestación de atención médica a las mujeres que han sufrido complicaciones después de haber tenido abortos ilegales a que den información o confiesen quién realizó los abortos de manera que las personas puedan ser procesadas, constituiría una forma de tortura u otros malos tratos dado que el dolor severo o sufrimiento se inflige a fin de obtener información.²¹⁷

Del mismo modo, en las observaciones finales al Perú, el Comité contra la Tortura, refiriéndose a la prohibición de los tratos crueles, inhumanos o degradantes, ha expresado su preocupación por una ley que obliga a los médicos a transmitir a las autoridades información sobre las mujeres que solicitan asistencia médica como consecuencia de un aborto.²¹⁸ El Comité ha sido especialmente crítico con la práctica de obtener confesiones de las mujeres que necesitan atención médica de emergencia después de haber tenido abortos ilegales, y pidió su eliminación, así como la práctica de castigar a los médicos por el ejercicio de sus funciones profesionales.²¹⁹ Una vez más, si se analiza esta práctica de acuerdo con la definición de tortura de la Convención contra la Tortura, se puede argumentar que la extracción de confesiones a mujeres que buscan atención médica constituiría una forma de tortura u otros malos tratos.

²¹⁶ Comité contra la Tortura de la ONU, Observaciones Finales: Chile, párr. 7 (m), Doc. ONU CAT/C/CR/32/5 (2004).

²¹⁷ Comité contra la Tortura de la ONU, Observaciones Finales: Chile, párr. 6 (j), Doc. ONU. CAT/C/CR/32/5 (2004).

²¹⁸ Comité contra la Tortura de la ONU, Observaciones Finales: Perú, párr. 15, Doc. ONU. CAT/C/PER/CO/6 (2012).

²¹⁹ Comité contra la Tortura de la ONU, Observaciones Finales: Perú, párr. 15 (d), U.N. Doc. CAT/C/PER/CO/5-6 (2013).

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La pandemia de violencia contra las mujeres en la región es una muestra patente de la falta de recursos y voluntad política de los Estados de América Latina y el Caribe para proteger los derechos de mujeres y niñas. Los Estados pueden y deben hacer más para prevenir y erradicar la violencia basada en género de nuestra región; las intervenciones necesarias son conocidas y hay múltiples organizaciones nacionales e internacionales produciendo evidencia e información al respecto.

Hace años que Amnistía Internacional suma su voz a la de cientos de organizaciones por los derechos de las mujeres de toda la región, exigiendo la erradicación de la violencia contra las mujeres.

Amnistía Internacional considera que la violencia contra las mujeres no va a ser erradicada si los Estados de la región no modifican legislaciones, políticas públicas y prácticas discriminatorias en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Estas normas, además de violar múltiples derechos humanos, producen violencia institucional; tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. Pero además, como ha quedado demostrado en este informe, al imponer esas prácticas discriminatorias, basadas en estereotipos de género, el Estado funciona como un “aparato reproductor” de más violencia contra las mujeres. Desde el Estado se promueve y legitima una situación de discriminación estructural que es la base de toda violencia de género.

Para terminar con este ciclo de violencia, los Estados de la región deben asumir sin más demora una deuda histórica: eliminar los estereotipos de género en la normativa estatal que regula el acceso a la salud sexual y reproductiva. Como hemos argumentado a lo largo de este informe, el ámbito de la sexualidad y de la reproducción es el que más claramente pone en evidencia estos estereotipos sobre el rol que las mujeres deberían cumplir en sus sociedades y el abuso del poder estatal para imponer esos roles estereotipados a través de legislaciones, políticas públicas y prácticas discriminatorias.

Amnistía Internacional considera que sería una muestra de voluntad política y compromiso hacia los derechos humanos de las mujeres y niñas, que los Estados de la región eliminaran de su normativa, práctica y discurso, estereotipos tales como “toda mujer quiere y debe ser madre”; “hay que limitar la cantidad de hijos de las mujeres pobres o indígenas porque eso reproduce la pobreza”; “toda mujer embarazada debe llevar a término su embarazo sin importar sus circunstancias personales, su salud o incluso su vida”; “las adolescentes no pueden decidir sobre su sexualidad ni sobre si quieren o no ser madres”; “las niñas que quedan embarazadas producto de violencia sexual, deben llevar a término su embarazo”; “las mujeres que viven con VIH deben ser esterilizadas para limitar la propagación del virus”; “las mujeres que acuden al hospital con una emergencia obstétrica seguramente son culpables de habérsela provocado, especialmente si tienen escasos recursos”, entre otros.

Además, los Estados de la región ya se han comprometido a eliminar estas normas y prácticas estereotipadas, que son dañinas para los derechos a la igualdad de las mujeres y niñas, tanto en el Consenso de Montevideo²²⁰ como en los Objetivos de Desarrollo Sostenible²²¹.

Dada la especial situación de vulnerabilidad de niñas y adolescentes (porque sus capacidades físicas y emocionales están todavía en evolución); y dada las tasas siempre crecientes de embarazo adolescente en la región; así como el patrón emergente y alarmante de imponer a niñas incluso menores de 14 años, embarazos forzados y maternidades forzadas; estas recomendaciones tienen un énfasis importante en esta población.

Conforme al análisis de la situación regional descrita en este informe y a los estándares de derechos humanos que son obligatorios para todos los Estados de la región que han ratificado los principales tratados de derechos humanos, Amnistía internacional recomienda:

A los Estados de América Latina y el Caribe:

- Modificar todas las leyes, normas, prácticas y políticas públicas en el ámbito de la salud sexual y reproductiva que puedan producir violencia institucional; tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes (TCID). Esta obligación deber debe ser asumida tanto por los órganos legislativos como ejecutivos y judiciales. En particular:
 - Despenalizar el aborto en todas las circunstancias para eliminar las medidas punitivas impuestas a las mujeres y niñas que buscan servicios de aborto y a los profesionales de la salud que los prestan, si hay consentimiento pleno;²²²

²²⁰ Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, CEPAL, LC/L.3697, 5 de septiembre de 2013, contiene múltiples compromisos de los Estados referidos a la erradicación de la discriminación de género y la discriminación múltiple.

²²¹ Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) es un nuevo programa de desarrollo que todos los países miembros de la ONU se han comprometido alcanzar. El ODS número 5 es sobre Igualdad de Género y entre sus metas se encuentran: Poner fin a todas las formas de discriminación contra todas las mujeres y las niñas; eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado y eliminar todas las prácticas nocivas. Asimismo, en el Objetivo 16 se encuentra la meta de poner fin al maltrato, tortura y todas las formas de violencia contra niños y niñas. Ver <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>.

²²² Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales para Filipinas*, 2006, párr. 28; Comité de los Derechos del Niño, *Observaciones finales para Nigeria*, 2010, párr. 59 (b). Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales a los informes periódicos cuarto y quinto de Perú. (11-29 enero de 2016), párr. 56.b.

- Garantizar el acceso al aborto en la ley y en la práctica, como mínimo en los casos en que el embarazo entraña un riesgo para la vida o la salud de la mujer, de malformación severa o mortal del feto y de violación o incesto;²²³
- Tomar medidas para garantizar que la vida y la salud de la mujer o niña tienen prioridad sobre la protección del feto;²²⁴
- Con independencia de la situación jurídica del aborto, garantizar el acceso a unos servicios de salud de calidad y confidenciales para el tratamiento de las complicaciones derivadas de los abortos inseguros y de los abortos espontáneos. Esta atención debe prestarse sin discriminación, coacción ni violencia y debe garantizar formación, apoyo y material adecuados para poder tratar las complicaciones relacionadas con el aborto;²²⁵
- Garantizar la confidencialidad debida a la paciente en el caso de las mujeres y las niñas que reciben atención tras el aborto y que se establezcan procedimientos para investigar y sancionar a quienes no respeten la confidencialidad de las mujeres;²²⁶

²²³ Sobre la obligación de garantizar el acceso al aborto cuando el embarazo entraña un riesgo para la vida o la salud de la mujer, los órganos creados en virtud de tratados de la ONU han señalado sistemáticamente que para prevenir la mortalidad y la morbilidad maternas y garantizar la vida y la salud de las mujeres, los Estados deben garantizar el acceso a un aborto sin riesgos y legal cuando existe riesgo para la vida o la salud de la mujer. Los órganos internacionales de derechos humanos y de la salud interpretan sistemáticamente que la “salud” abarca tanto la salud mental como la física. Sobre la obligación de garantizar el acceso al aborto en casos de agresión sexual, violación e incesto, los órganos creados en virtud de tratados de la ONU han instado sistemáticamente a los Estados a que implementen leyes que establezcan la violación y el incesto como motivos para el aborto y han pedido en reiteradas ocasiones a los Estados que no lo contemplan así que modifiquen la ley a tal efecto. En dos casos distintos de Latinoamérica, el Comité de Derechos Humanos y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer declararon que al no facilitar a las mujeres jóvenes un aborto terapéutico legal en caso de violación o de malformación del feto mortal, los Estados habían violado numerosos derechos, como el derecho a la igualdad y a no sufrir discriminación, el derecho a la intimidad y el derecho a no ser sometido a tortura ni a otros tratos crueles, inhumanos o degradantes. Véase *L. C. vs. Perú*, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 2011; *K. L. vs. Perú*, Comité de Derechos Humanos, 2005. En igual sentido, Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales a los informes periódicos cuarto y quinto de Perú. (11-29 Enero de 2016), párr. 56.b.

²²⁴ *L. C. vs. Perú*, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, párr. 8.15, 2011; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales para Hungría*, 2013, párr. 30.

²²⁵ Comité contra la Tortura, *Observaciones finales para Chile*, 2004, párr. 7 (m); Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/66/254, 2011, párr. 27 y 65 (k).

²²⁶ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general 24: La mujer y la salud (artículo 12)*, 1999, párr. 12 (d).

- Eliminar las leyes o prácticas que exijan a los profesionales de la salud denunciar a las pacientes que hayan tenido o parezcan haber tenido un aborto;²²⁷
 - Garantizar que las mujeres y niñas que pidan atención post aborto no sean obligadas a declarar para recibir atención, y que las declaraciones no se usen para inculparlas por someterse al procedimiento;²²⁸
 - Garantizar que los servicios de salud cuentan con profesionales de la salud técnicamente competentes que puedan facilitar información y servicios de calidad, incluidos servicios que garanticen el consentimiento informado y que respeten la intimidad y la confidencialidad de todas las personas, incluidas las adolescentes;²²⁹
 - Prohibir expresamente la esterilización sin consentimiento libre e informado.
- Implementar acciones para **erradicar la discriminación contra las mujeres** y los patrones estereotipados de comportamiento que promueven su tratamiento inferior en sus sociedades; especialmente en los ámbitos de atención a la salud sexual y reproductiva. En especial:
- Reconocer explícitamente que ciertas violaciones a los derechos sexuales y reproductivos constituyen violencia institucional; tortura u otros TCID y generar un plan integral para erradicarlas y someter a las personas responsables a la justicia;
 - Reconocer explícitamente que las opiniones personales o creencias religiosas de funcionarios públicos, incluido el personal de salud y de justicia; no puede nunca funcionar como obstáculo al acceso a los derechos humanos de mujeres y niñas y generar un plan para garantizarlo, que incluya sanciones a quienes violen dicho principio. Incluir que sólo las personas, no las instituciones, pueden ejercer la “objeción de conciencia”;
 - Garantizar el derecho de las mujeres y de las niñas (estas últimas de acuerdo al principio de “evolución de sus capacidades”), de decidir sobre las cuestiones relacionadas a su salud sexual y reproductiva sin interferencias indebidas, en base a educación integral para la sexualidad, y el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad;

²²⁷ Comité de Derechos Humanos, *Observación general 28 sobre la igualdad de derechos entre hombres y mujeres*, párr. 20; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales para Chile*, 1999; Comité contra la Tortura, *Observaciones finales para Chile*, 2004, párr. 7 (m); Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/66/254, 2011.

²²⁸ Comité contra la Tortura, *Observaciones finales para Chile*, 2004, párr. 7 (m); Véanse también Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales para Chile*, 1999, párr. 229; Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/66/254, 2011.

²²⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general n° 14 (El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud)*, artículo 12, párr. 12; Comité de los Derechos del Niño, *Observación general 4 sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes*, 2003.

- Garantizar que las opiniones de las niñas embarazadas siempre deben ser escuchadas y respetadas en las decisiones de aborto;²³⁰
 - Incrementar el acceso de los hombres, incluidos niños, adolescentes y jóvenes, a la información, la consejería y los servicios de salud sexual y salud reproductiva y promover la participación igualitaria de los hombres en el trabajo de cuidados, a través de programas que sensibilicen a los hombres respecto a la igualdad de género, fomentando la construcción de nuevas masculinidades;²³¹
 - Reconocer y garantizar el derecho de toda persona a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables sobre su sexualidad, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia, y garantizar el derecho a la información y a los medios necesarios para su salud sexual y salud reproductiva;²³²
 - Generar campañas de concienciación para modificar los patrones estereotipados de comportamiento y erradicarlos de todos los ámbitos, en especial en la atención a la salud.
- Considerar en sus políticas adoptadas para avanzar la igualdad de género, el particular riesgo a violaciones de derechos humanos que pueden enfrentar las mujeres por factores combinados con su sexo, como su edad, raza, etnia y posición económica, entre otros. Basados en el concepto de igualdad sustantiva, los Estados deben adoptar medidas especiales para eliminar las formas de discriminación múltiple contra la mujer y las consecuencias negativas y complejas que tiene²³³, incluidos en los ámbitos de salud sexual y reproductiva. Entre otras:
- Garantizar el acceso a información y servicios en materia de anticoncepción incorporando dichos servicios a los centros de salud y a los servicios de salud materna y reproductiva;²³⁴
 - Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de toda la gama de métodos anticonceptivos modernos de calidad, incluidos los que figuran en los formularios nacionales y en la lista

²³⁰ Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales a los informes periódicos cuarto y quinto de Perú. (11-29 Enero de 2016). Párr. 56.b. Disponible en http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRC%2fC%2fPER%2fCO%2f4-5&Lang=en.

²³¹ Conforme Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, CEPAL, LC/L.3697 5 de septiembre de 2013, párr. 59.

²³² Conforme Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, párr. 34.

²³³ Comité CEDAW, Recomendación general No. 25, sobre el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, referente a medidas especiales de carácter temporal, párr 12.

²³⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general no. 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12)*, 2000, párr. 12; véase también Organización Mundial de la Salud, *Integrating sexual and reproductive health-care services, Policy Brief*, 2006.

modelo de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud; para evitar embarazos no deseados;²³⁵

- Garantizar que los productos y servicios anticonceptivos sean asequibles, abordando los obstáculos económicos, como la cobertura del seguro de salud y otros problemas económicos y de presupuesto, especialmente en el caso de las personas con escasos ingresos o que viven en la pobreza;²³⁶
 - Prestar especial atención a las necesidades de anticoncepción de las poblaciones y grupos vulnerables y desfavorecidos, como adolescentes y trabajadores y trabajadoras sexuales;²³⁷
 - Garantizar que los adolescentes y las adolescentes sexualmente activos dispongan con facilidad de métodos anticonceptivos modernos como condones, métodos hormonales y métodos de anticoncepción de emergencia.²³⁸
- Garantizar la disponibilidad de **mecanismos de acceso a la justicia** efectivos, adecuados, e imparciales para víctimas de violencia institucional, tortura u otros TCID en ámbitos de salud sexual y reproductiva; así como reparaciones integrales para las víctimas.
- Actuar con la debida diligencia requerida para prevenir, investigar, y sancionar con celeridad y sin dilación todos los actos de violencia contra las mujeres, tortura u otros TCID cometidos en los ámbitos de salud sexual y reproductiva.
- Generar **protocolos de actuación respecto de la atención e investigación de violaciones sexuales** considerando, en lo pertinente, los parámetros establecidos en el Protocolo de Estambul y las Directrices de la Organización Mundial de la Salud.²³⁹ Asimismo, la

²³⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *observación general n° 14 (El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud)*, artículo 12, 2000, párr. 11, 12 y 21.

²³⁶ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales: Hungría*, 1996, párr. 254, A/51/38; Eslovaquia, párr. 28, CEDAW/C/SVK/CO/4, 2008; véase también Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales: Polonia*, párr. 9, CCPR/CO/82/POL, 2004.

²³⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general n° 14 (El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud)*, artículo 12, 2000, párr. 18-27; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general 24: La mujer y la salud (artículo 12)*, 1999, párr. 6.

²³⁸ Comité de los Derechos del Niño, *Observación general N° 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24)*, 2013, párr. 70.

²³⁹ Corte IDH, Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010, párr. 242.

investigación debe realizarse por funcionarios capacitados en casos similares y en atención a víctimas de discriminación y violencia por razón de género.²⁴⁰

- Garantizar la disponibilidad de **métodos anticonceptivos de emergencia** para todas las mujeres y niñas, en especial para las que han sido violadas.²⁴¹
- **Regular el ejercicio de la objeción de conciencia de los profesionales de la salud** a fin de que no haya riesgos para la salud de la paciente y su derecho a recibir servicios y artículos anticonceptivos;²⁴² interrupción del embarazo o cualquier otro servicio de salud requerido para salvaguardar sus derechos. Se deben de implementar mecanismos para que siempre haya disponibles profesionales de salud que puedan brindar esta atención.
- **Teniendo en cuenta los principios de la Convención de los Derechos del Niño, en especial el interés superior de las niñas;** generar políticas públicas para **protegerlas de los embarazos y maternidades forzadas**. En especial:
 - Reconocer explícitamente que **para una niña un embarazo siempre representa un peligro para su vida y salud**; sin exigirles que deban estar al borde de la muerte para darles la opción de un aborto. Para eso, los Estados deben reconocer explícitamente el precoz desarrollo físico y mental de las niñas para asumir un embarazo y una maternidad y considerar la evidencia existente sobre las repercusiones en su salud integral (física, mental y social) y en su proyecto de vida, así como todos los peligros físicos y mentales que un embarazo entraña para las menores de 18 años;

²⁴⁰ Entre otros, en una investigación penal por violencia sexual es necesario que: i) la declaración de la víctima se realice en un ambiente cómodo y seguro, que le brinde privacidad y confianza; ii) la declaración de la víctima se registre de forma tal que se evite o limite la necesidad de su repetición; iii) se brinde atención médica, sanitaria y psicológica a la víctima, tanto de emergencia como de forma continuada si así se requiere, mediante un protocolo de atención cuyo objetivo sea reducir las consecuencias de la violación; iv) se realice inmediatamente un examen médico y psicológico completo y detallado por personal idóneo y capacitado, en lo posible del sexo que la víctima indique, ofreciéndole que sea acompañada por alguien de su confianza si así lo desea; v) se documenten y coordinen los actos investigativos y se maneje diligentemente la prueba, tomando muestras suficientes, realizando estudios para determinar la posible autoría del hecho, asegurando otras pruebas como la ropa de la víctima, investigando de forma inmediata el lugar de los hechos y garantizando la correcta cadena de custodia, y vi) se brinde acceso a asistencia jurídica gratuita a la víctima durante todas las etapas del proceso. Corte IDH, Caso Fernández Ortega y otros Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de agosto de 2010, párr. 194. En el mismo sentido: Corte IDH, Caso Rosendo Cantú y otra Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de agosto de 2010, párr. 178; Corte IDH, Caso J Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2013, párr. 344.

²⁴¹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales para México*, 2006, párr. 33; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general n° 14 (El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud)*, 2000.

²⁴² Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (CEDAW), *Observaciones Finales: México*, párr. 33, (2006); Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General N° 14: El Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 12). Naciones Unidas, 2000.

- Revisar la legislación, las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva a niñas, niños y adolescentes; es especial la provisión de servicios integrales amigables en el caso de adolescentes y jóvenes, y asegurar el acceso a la información completa sobre todas las opciones de servicios disponibles para todas las personas sin discriminación de ningún tipo;²⁴³
- Dado que la educación sexual de calidad e integral y el acceso a anticoncepción es una de las mejores estrategias para reducir los embarazos no deseados cuando no son producto de violencia sexual; revisar y reformar las leyes y prácticas que exigen la autorización de los padres o tutores para acceder a los servicios de anticoncepción;²⁴⁴
- Asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos;²⁴⁵
- Los Estados deben aplicar el principio de “evolución de sus capacidades”, referente a la adquisición por parte del adolescente de madurez y comprensión suficientes para tomar decisiones bien fundadas, sin la autorización de sus padres o tutores, sobre asuntos de importancia para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos servicios de anticoncepción.²⁴⁶

AI Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos:

La jurisprudencia del Sistema Interamericano de protección de los Derechos Humanos (SIA) sobre la violencia de género es diversa y progresista. Sin embargo, veinte años después de la promulgación de la Convención de Belém do Pará y casi treinta años después de la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura; el Sistema Interamericano todavía no tiene precedente ni guías claras para los Estados que establezcan que la falta de acceso de mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva y ciertas restricciones impuestas a sus derechos sexuales y reproductivos son violaciones del derecho a vivir libre de violencia y de tortura u otros malos tratos. Dada la influencia que el SIA tiene en los países de la región, Amnistía Internacional recomienda:

²⁴³ Conforme Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, párr. 35.

²⁴⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general n° 14 (El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud)*, artículo 12, 2000, párr. 23; Comité de los Derechos del Niño, *Observación general 4 sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes*, 2003, párr. 40.

²⁴⁵ Conforme Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, párr. 11.

²⁴⁶ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general núm. 24*, véase la nota 35 *supra*, párr. 14; Comité de los Derechos del Niño, *Observaciones finales: Austria*, 1999, párr. 15, CRC/C/15/Add.98; *Bangladesh*, 2003, párr. 60, CRC/C/15/Add.221; *Barbados*, 1999, párr. 25, CRC/C/15/Add.103.

- Generar guías que den una orientación clara para los Estados Partes del SIA en torno a cómo prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres y la tortura u otros malos tratos en los ámbitos de salud sexual y reproductiva;
- Generar un debate sobre la aplicación del concepto de “vida digna” a los ámbitos de salud sexual y reproductiva; incluidos para los casos en donde el aborto está permitido por ley para salvar la vida (y/o la salud) de la mujer; como ocurre en la mayoría de los países de la región;
- Profundizar el debate sobre los embarazos infantiles forzados y las maternidades infantiles forzadas; debido a la gravedad que tiene esta situación en la región. En especial, teniendo en cuenta la evidencia sobre el impacto de dichos embarazos en la salud integral de las niñas y en su proyecto de vida; generar guías claras para los Estados que establezcan que la salud integral y la vida de las niñas están SIEMPRE en riesgo con un embarazo (sin requerir prueba de ello) y los Estados deben garantizar en estos casos, el acceso a la opción de la interrupción legal del embarazo para proteger la salud y la vida de las niñas.



YA SEA EN UN CONFLICTO DE GRAN REPERCUSIÓN O EN UN RINCÓN PERDIDO DEL PLANETA, **AMNISTÍA INTERNACIONAL** ACTÚA EN FAVOR DE LA JUSTICIA, LA LIBERTAD Y LA DIGNIDAD PARA TODAS LAS PERSONAS Y PERSIGUE EL RESPALDO DE LA OPINIÓN PÚBLICA PARA CONSTRUIR UN MUNDO MEJOR.

¿QUÉ PUEDES HACER?

Activistas de todo el mundo han demostrado que es posible oponer resistencia a las peligrosas fuerzas que socavan los derechos humanos. Súmate a este movimiento. Lucha contra quienes siembran el miedo y el odio.

- Únete a Amnistía Internacional y sé parte de un movimiento formado por personas de todo el mundo que trabajan para poner fin a las violaciones de derechos humanos. Ayúdanos a hacer que las cosas cambien.
- Haz un donativo en apoyo del trabajo de Amnistía Internacional.

Juntos conseguiremos que se oiga nuestra voz.

☐ Me interesa recibir información sobre cómo unirme a Amnistía Internacional.

Nombre y apellidos

Dirección

País

Correo-e

☐ Quiero hacer un donativo a Amnistía Internacional (indica la divisa de tu donativo)

Cantidad

Con cargo a mi

☐ Visa

☐ Mastercard

Número

Caduca en

Firma

Envía este formulario a la oficina de Amnistía Internacional de tu país.

Oficinas de Amnistía Internacional en todo el mundo: <http://www.amnesty.org/es/worldwide-sites>
Si en tu país no hay oficina, envía el formulario al Secretariado Internacional en Londres:

Amnesty International, International Secretariat, Peter Benenson House,
1 Easton Street, London WC1X 0DW, Reino Unido

**QUIERO
AYUDAR**



EL ESTADO COMO “APARATO REPRODUCTOR” DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y TORTURA U OTROS MALOS TRATOS EN ÁMBITOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La violencia contra las mujeres sigue siendo una pandemia en América Latina y el Caribe. A través del análisis de casos paradigmáticos en ocho países de la región, en este informe Amnistía Internacional recoge los patrones regionales de violencia contra las mujeres, tortura u otros malos tratos en los ámbitos de salud sexual y reproductiva en la región. Estos incluyen maltrato y denegación de servicios de salud, violación del deber de confidencialidad médica, imposición de ciertas concepciones morales o religiosas a las pacientes y abuso de la objeción de conciencia; entre otros.

Todas estas violaciones a los derechos humanos están basadas en estereotipos de género sobre el rol que las mujeres deberían cumplir en la sociedad y que el Estado impone violentamente a las mujeres y niñas. La imposición se da a través de legislaciones, políticas públicas y prácticas discriminatorias en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción. Estas normas, además de violar múltiples derechos humanos, producen violencia institucional; tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Este informe demuestra además, que el Estado al imponer esas prácticas discriminatorias, basadas en estereotipos de género, funciona como un “aparato reproductor” de más violencia contra las mujeres. Desde el Estado se promueve y legitima una situación de discriminación estructural que es la base de toda violencia de género.

Por eso, en este informe, Amnistía Internacional concluye que la violencia contra las mujeres no va a ser erradicada hasta que los Estados de la región no asuman esta deuda histórica con las mujeres y niñas y abandonen su rol de reproductores de violencia. Para eso, deben modificar inmediatamente estas normas discriminatorias de los ámbitos de la salud sexual y reproductiva.