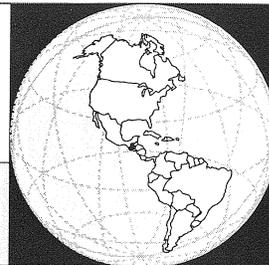


Guatemala



Estadísticas

GENERAL

Población

- Guatemala tiene una población total de 11.2 millones de habitantes, de los cuales 49.5% son mujeres;¹ la tasa de crecimiento es aproximadamente de 2.8% por año.²
- En 1996, el 44.7% de la población de Guatemala era menor de 15 años³ y el 5.3% tenía 60 años o más.⁴
- En 1997, el 41.0%⁵ de la población guatemalteca reside en áreas urbanas y el 52.0%⁶, en zonas rurales.

Territorio

- Guatemala tiene una superficie de 105.105 kilómetros cuadrados.⁷

Economía

- En 1994, el Banco Mundial estimó el Producto Bruto Nacional (PBN) *per cápita* en US\$1.200.⁸
- En el periodo 1990-1994, el Producto Interno Bruto (PIB) creció en un porcentaje estimado de 4.1%, comparado con el periodo 1980-1990 que tuvo un crecimiento del 0.8%.⁹
- En 1990, la inversión del gobierno de Guatemala en salud fue de 9.2 millones de dólares.¹⁰

Empleo

- En 1994, aproximadamente 3.200.000 personas estaban empleadas en Guatemala.¹¹ La mujer representó el 25% de la fuerza laboral.¹²

SITUACIÓN DE LA MUJER

- El promedio de esperanza de vida para las mujeres es de 68 años, en comparación con el de los hombres, que es de 63 años.¹³
- El analfabetismo sigue siendo un problema que afecta mayormente a las mujeres. La tasa de analfabetismo femenino es de 12.63% en el área urbana y 49.42% en el área rural.¹⁴
- El desempleo en Guatemala alcanza el 6.4%¹⁵ del total de la Población Económicamente Activa (PEA). Las mujeres registran un 3.8% de la tasa total de desempleo en el área urbana y 2.5% en el área rural.¹⁶
- En 1994, la participación de la fuerza laboral femenina en el sector agricultura fue de 8%; en el sector industrial, de 17%; y en el sector servicios, de 74%.¹⁷
- La violencia contra las mujeres, especialmente la intrafamiliar, es un problema significativo. En 1991, un estudio en trece áreas de salud precisa que un gran número de mujeres agredidas buscan atención en los centros de salud, pero el problema se diluye al diagnosticarse las agresiones como golpes, erosiones y abortos espontáneos, entre otros.¹⁸

ADOLESCENTES

- Aproximadamente el 46% de la población de Guatemala tiene menos de 15 años.¹⁹
- El promedio de edad en la primera unión de las mujeres es de 20 años.²⁰
- Según cifras del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el 87% de los embarazos ocurre en mujeres entre 20 y 35 años.²¹

SALUD MATERNA

- La Tasa Total de Fecundidad (TTF) es de 5.4 hijos por mujer;²² esta cifra disminuye en las zonas urbanas a 3.6 hijos por mujer²³ y se incrementa considerablemente en la zona rural²⁴ a 6.6 hijos por mujer.²⁵
- La tasa de mortalidad materna es de 200 por cada 100.000 nacidos vivos.²⁶
- La tasa de mortalidad infantil para el periodo 1995-2000 ha sido estimada en 40 por cada 1.000 nacidos vivos²⁷.
- En Guatemala, el 35% de los partos son atendidos por un profesional de la salud.²⁸

ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO

- El 32% de las guatemaltecas en edad fértil utiliza algún método anticonceptivo.²⁹ Dentro de este grupo, el 27% emplea métodos modernos de planificación.³⁰
- Según cifras de 1995 (mayo–noviembre), se distribuyeron 1.644 anticonceptivos hormonales orales y 407 paquetes de condones;³¹ se efectuaron 2.281 inserciones de DIU; y se llevaron a cabo 11.688 esterilizaciones quirúrgicas voluntarias (AQV).³²
- No hay cifras sobre el índice de abortos; sin embargo, el MSPAS señala que el 76% de las mujeres atendidas por complicaciones en procedimientos abortivos tenía antecedentes de por lo menos un aborto previo.³³

VIH/SIDA Y ETS

- En 1996, se presentaron 936 casos de enfermos con SIDA.³⁴ El patrón de comportamiento por sexo se da en una relación de tres hombres por cada mujer.³⁵
- Los más altos porcentajes de enfermos del VIH/SIDA se encuentran en edades comprendidas entre los 20 y 50 años.³⁶
- En 1994, las ETS más frecuentes en la población guatemalteca fueron: la gonorrea (16.7 por cada 1.000 habitantes) y la sífilis (2.98 por cada 1.000 habitantes).³⁷

NOTAS FINALES

1. Asociación Pro-Familia (APROFAM). *Calendario Demográfico 1997*, Guatemala, 1996 (mimeo), anexo B de la p. 3.
2. UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). *The State of World Population 1997*, New York, 1996, p. 72.
3. APROFAM, op.cit., anexo B de la p. 3.
4. *Ibid.*
5. *Ibid.*
6. *Ibid.*
7. WORLD ALMANAC BOOKS. *The World Almanac and Book of Facts 1997*, New Jersey, 1996, p. 769.
8. WORLD BANK. *World Development Report 1996. From Plan to Market*. Banco Mundial y Oxford University Press, New York, 1996, p. 194.
9. *Ibid.*
10. *Statistics and Quantitative Analysis, Guatemala*, (visitado el 14 de julio de 1997) <<http://iad6000.iadb.org/~http/guatemala/gubsed.html>>.
11. *Ibid.*
12. WORLD BANK, op.cit., p. 194.
13. WORLD ALMANAC BOOKS, op.cit., p. 770.
14. SECRETARÍA GENERAL DE PLANIFICACIÓN ECONÓMICA. *Plan de Acción de Desarrollo Social 1996-2000 (PLADES 1996-2000)*, Guatemala, junio de 1996, p. 3.
15. *Statistics And Quantitative Analysis*.
16. NACIONES UNIDAS. *Situación de la Mujer en el Mundo 1995. Tendencias y Estadísticas*, Nueva York, 1995, p. 133.
17. *Ibid.* p. 158.
18. Informe de la República de Guatemala sobre la Aplicación de las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro, para el Adelanto de las Mujeres. Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz. Julio, 1994 (mimeo), p. 178.
19. APROFAM, op.cit., p. 4.
20. NACIONES UNIDAS, op.cit., p. 38.
21. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL (MSAPS). *Plan Operativo 1996. Unidad de Salud Reproductiva*. Guatemala, 1996, p. 2.
22. NACIONES UNIDAS, op.cit., p. 32.
23. APROFAM, op.cit., Departamento de Guatemala, anexo de la p.7.
24. *Ibid.* Departamento de Jutiapa.
25. *Ibid.*
26. UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA), op.cit., p. 69.
27. *Ibid.*
28. *Ibid.*
29. *Ibid.*
30. *Ibid.*
31. MSPAS, op.cit., p. 6.
32. *Ibid.*
33. *Ibid.*
34. MSPAS, Dirección General de Servicios de Salud, Programa Nacional de Prevención

y Control del VIH/SIDA. *Manual de Consejería en VIH/SIDA/ETS para Personal de Salud*. Guatemala, C.A., 1996, p. 1.

35. *Ibid.*

36. *Ibid.*

37. MSPAS, Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA. *Enfoque Síndromico de las Enfermedades de Transmisión Sexual*, Guatemala, C.A., 1996, p. 1.

Guatemala se encuentra ubicada dentro del territorio del antiguo imperio Maya,¹ en América Central, y limita al norte con México, al sur con El Salvador y al este con Honduras y Belize.² El idioma oficial es el español, aunque los dialectos maya predominan en algunas regiones del país.³ La mayor parte de sus habitantes profesa la religión católica romana.⁴ La composición étnica de la población es mestiza (56%) e indígena (44%).⁵ Fue colonia española desde 1524 hasta 1821, año en que obtuvo su independencia.⁶

Guatemala ha tenido una sucesión de gobiernos civiles y militares, y cruentos períodos de guerra civil.⁷ Como consecuencia de dicha violencia política, más de 100.000 personas han sido asesinadas desde 1961, otras 40.000 han sido reportadas como desaparecidas y miles han buscado refugio en México y en otros países fronterizos.⁸ Alvaro Arzú Irigoyen ganó la presidencia de Guatemala en elecciones generales y asumió el cargo el 14 de enero de 1996.⁹ Las negociaciones de paz entre el gobierno guatemalteco y el grupo rebelde levantado en armas¹⁰ terminaron con la firma de un Acuerdo de Paz el 29 de diciembre de 1996, luego de nueve años de difícil negociación (1987-1996) que dio fin a 36 años de guerra civil.¹¹

I. Sentando las Bases: el Marco Legal y Político

Los sistemas político y jurídico constituyen el marco en el cual se ejercen los derechos y se deciden las políticas que afectan la vida reproductiva de las mujeres. Para entender el proceso e instancias de promulgación de las leyes, su interpretación, modificación y cumplimiento, así como la adopción de las políticas en salud reproductiva y población, es necesario conocer las bases y estructura de tales sistemas.

A. ESTRUCTURA DEL GOBIERNO NACIONAL

El sistema de gobierno en Guatemala es republicano, presidencial, democrático y representativo, según lo señala la Constitución Política de la Nación (Constitución Política).¹² La soberanía radica en el pueblo, quien la delega en tres poderes (Organismos)¹³ que lo representan: Legislativo, Ejecutivo y Judicial.¹⁴ No existe subordinación entre estos Organismos.¹⁵ Sin embargo, la Constitución Política establece mecanismos de supervisión y control entre ellos, como una forma de garantizar la correcta administración de los asuntos del país y asegurar la vigencia de los derechos y libertades en Guatemala.¹⁶ Entre tales mecanismos tenemos la *interpelación*¹⁷ de Ministros de Estado por parte del Congreso de la República,¹⁸ el *derecho a veto* que puede ejercer el Presidente de la República con respecto a las leyes emitidas por el

Congreso,¹⁹ y el derecho de *antejuicio*²⁰ para los magistrados y jueces de la República.²¹

Poder Ejecutivo

El Presidente de la República, conjuntamente con los Ministros y demás funcionarios dependientes de los Ministerios, conforman el Organismo Ejecutivo (Ejecutivo).²² El Presidente es elegido por sufragio universal y secreto por un período de cuatro años,²³ en que se convierte en el Jefe del Estado de Guatemala, y tiene entre sus funciones: cumplir y hacer cumplir la Constitución Política y las leyes, sancionar y promulgar leyes y decretos para los que está facultado, ejercer el mando de las fuerzas armadas, dirigir la política y las relaciones internacionales, además de otras funciones que establece la Constitución Política.²⁴

Los Ministerios se ocupan de la ejecución de las políticas del gobierno;²⁵ cada uno está a cargo de un Ministro de Estado.²⁶ Los Ministros elaboran y desarrollan las políticas de cada sector²⁷ y deben refrendar los decretos, acuerdos y reglamentos que el Presidente dicte con relación al sector de su competencia, para otorgarles validez.²⁸

Poder Legislativo

La potestad legislativa corresponde al Congreso de la República (el Congreso),²⁹ el cual está integrado por noventaiocho diputados elegidos por sufragio universal y secreto, por un período de cuatro años.³⁰ Los diputados representan al pueblo y son dignatarios de la Nación.³¹ Gozan de un fuero especial que los protege de ser detenidos o juzgados sin resolución previa de la Corte Suprema de Justicia sobre la pertinencia del proceso penal.³² El Congreso tiene la potestad de decretar, reformar y derogar las leyes,³³ pero para la formación de las mismas tienen derecho de iniciativa³⁴ los diputados del Congreso, el Organismo Ejecutivo, la Corte Suprema de Justicia, la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Tribunal Supremo Electoral.³⁵

Una vez aprobado un proyecto de ley, la Junta Directiva del Congreso de la República lo envía al Presidente para su sanción, promulgación y publicación.³⁶ Este tiene quince días para devolver el proyecto de ley al Congreso, si quisiera hacer observaciones al mismo.³⁷ Si, vencido el plazo, el Ejecutivo no lo devuelve o promulga la ley, el Congreso deberá hacerlo dentro de los ocho días siguientes al cumplimiento de dicho término,³⁸ con la aprobación de las dos terceras partes del total de sus miembros.³⁹

Poder Judicial

La función jurisdiccional es ejercida en forma exclusiva por la Corte Suprema de Justicia y los otros tribunales señalados por la ley.⁴⁰

El Organismo Judicial⁴¹ está integrado por la Corte Suprema

de Justicia,⁴² Corte de Apelaciones y Tribunales Colegiados,⁴³ Juzgados de Primera Instancia⁴⁴ y Juzgados Menores.⁴⁵ La Corte Suprema de Justicia es el tribunal de mayor jerarquía de la República de Guatemala⁴⁶ y su Presidente se halla a la cabeza del Organismo Judicial.⁴⁷ Está integrada por nueve magistrados, cuatro de ellos elegidos en forma directa por el Congreso de la República y los cinco restantes seleccionados de una nómina de treinta candidatos propuestos por una Comisión de Postulación;⁴⁸ son elegidos por un período de seis años.⁴⁹ La Corte de Apelaciones y Tribunales Colegiados, los Juzgados de Primera Instancia y los Juzgados Menores o Juzgados de Paz⁵⁰ son establecidos por la Corte Suprema de Justicia, la que determina su competencia territorial y el número de tribunales o juzgados que existe en el territorio guatemalteco.⁵¹

La función de administrar justicia en Guatemala se rige por un conjunto de principios regulados por la Constitución Política, tales como la independencia funcional y económica⁵² y la pluralidad de instancias.⁵³ La Ley del Organismo Judicial establece la gratuidad de la administración de justicia.⁵⁴ Solo las instancias pertenecientes al Organismo Judicial administran justicia, salvo el fuero militar.⁵⁵ La pena de muerte es aplicable, de acuerdo a lo señalado por la Constitución Política,⁵⁶ sin embargo, se establecen ciertas excepciones en las cuales esta pena no puede ser impuesta.⁵⁷ Así, la pena de muerte no puede aplicarse contra mujeres, contra personas mayores de 60 años o contra reos acusados de delitos políticos.⁵⁸

El Ministerio Público, institución auxiliar de la administración pública,⁵⁹ es el encargado de velar por el estricto cumplimiento de las leyes en el país.⁶⁰ El Fiscal General es el jefe de este organismo y le corresponde el ejercicio de la acción pública.⁶¹

B. ESTRUCTURA DE GOBIERNO DE LAS DIVISIONES TERRITORIALES

Gobiernos regionales y locales

La administración del gobierno es descentralizada.⁶² El territorio guatemalteco se divide políticamente en departamentos y éstos en municipios.⁶³ El gobierno de los departamentos está a cargo de un Gobernador nombrado por el Presidente de la República,⁶⁴ quien preside el Consejo Departamental,⁶⁵ el cual está integrado por los alcaldes de los municipios y representantes de los sectores público y privado organizados.⁶⁶ El Consejo Departamental tiene como fin la promoción y desarrollo del departamento,⁶⁷ mientras que los municipios son instituciones autónomas de gobierno local.⁶⁸ El Concejo Municipal⁶⁹ es el organismo que gobierna el Municipio y se le elige mediante sufragio universal, por un período de cuatro años.⁷⁰

Para efectos de impulsar el desarrollo del país, la

Constitución Política contempla la posibilidad de crear Regiones de Desarrollo,⁷¹ las cuales se conforman sobre la base de criterios económicos, sociales y culturales.⁷² Estas regiones pueden estar constituidas por uno o más departamentos.⁷³ El Consejo Nacional de Desarrollo Urbano y Rural⁷⁴ se encarga de la formulación de las políticas nacionales de desarrollo urbano y rural, así como de las de ordenamiento territorial, y se encuentra bajo la coordinación del Presidente de la República.⁷⁵ Cada región cuenta con un Consejo Regional de Desarrollo,⁷⁶ conformado por un representante del Presidente de la República, los gobernadores de los departamentos que forman la región, un representante de las corporaciones municipales de cada uno de los departamentos y por representantes de entidades públicas y privadas que la ley establezca.⁷⁷

C. FUENTES DEL DERECHO

Fuentes nacionales

Las leyes que determinan la situación jurídica de las mujeres, incluidos sus derechos reproductivos, derivan de diversas fuentes. En el sistema jurídico guatemalteco, las fuentes formales de la legislación están jerarquizadas en varios niveles, bajo el principio que establece la primacía jerárquica de la Constitución Política sobre las demás normas.⁷⁸ Son niveles de la legislación de Guatemala, en orden de importancia: la Constitución, los Tratados Internacionales que no versen sobre derechos humanos, las leyes y demás disposiciones gubernativas o reglamentarias.⁷⁹ Ninguna ley podrá ir en contra de las disposiciones de la Constitución Política.⁸⁰ En caso de incompatibilidad entre la Constitución y la ley o tratado, los jueces deben preferir la primera,⁸¹ salvo en materia de derechos humanos, en cuyo caso los tratados internacionales tienen prevalencia sobre el derecho interno.⁸² El cumplimiento de las leyes es obligatorio en todo el territorio nacional, ocho días después de su publicación íntegra en el Diario Oficial.⁸³

La Jurisprudencia⁸⁴ es fuente complementaria del Derecho por mandato constitucional.⁸⁵ Se reconoce la costumbre como fuente del Derecho, pero solo en caso de defecto de la ley aplicable o por delegación expresa de la ley.⁸⁶ El gobierno de Guatemala, al suscribir los Acuerdos de Paz, se comprometió a desarrollar normas legales que reconozcan a las comunidades indígenas el derecho a regirse por sus normas consuetudinarias, "siempre que éstas no sean incompatibles con los derechos fundamentales definidos por el sistema jurídico nacional ni con los derechos humanos internacionalmente reconocidos".⁸⁷

Fuentes internacionales

Múltiples tratados internacionales de derechos humanos reconocen y promueven derechos reproductivos específicos.

Estos tratados comprometen legalmente a los gobiernos al imponer obligaciones para el avance y protección de tales derechos. Los tratados internacionales constituyen la principal fuente legislativa internacional en el país; los celebrados por el gobierno de Guatemala, que se hallan en vigor, forman parte del derecho nacional y, cuando se refieren a derechos humanos, tienen preeminencia sobre las demás normas de la legislación interna, incluida la Constitución Política.⁸⁸ Al aplicar las leyes, los tribunales guatemaltecos deben observar el principio de supremacía de los tratados internacionales de derechos humanos aceptados y ratificados por el país.⁸⁹

El Presidente puede celebrar, ratificar y denunciar tratados o convenciones sin el requisito de la aprobación previa del Congreso,⁹⁰ excepto cuando estos interfieran y modifiquen leyes vigentes, afecten el dominio de la Nación, obliguen financieramente al Estado, contengan cláusulas generales de arbitraje o fuercen al Estado a someter cualquier asunto a decisión judicial o arbitraje internacionales.⁹¹ En tales casos, el Presidente de la República debe poner dichos tratados a consideración del Congreso para su aprobación y antes de su ratificación.⁹²

Guatemala es estado miembro de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y de la Organización de Estados Americanos (OEA). Como tal, ha suscrito y ratificado la mayoría de los tratados relevantes del Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos.⁹³ En particular, Guatemala ha convalidado tratados referidos a los derechos humanos de las mujeres en el Sistema Universal e Interamericano,⁹⁴ como la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)⁹⁵ y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Eliminar la Violencia Contra la Mujer.⁹⁶

II. Examinando Salud y Derechos Reproductivos

En Guatemala, los tópicos referidos a la salud reproductiva de las mujeres se consideran como parte de las Políticas Nacionales sobre Salud y Población. Por ello, para entender los derechos reproductivos en Guatemala, es necesario analizar tanto las leyes como los programas en población y salud.

A. LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS SOBRE SALUD

Objetivos de la política en salud

El gobierno de Guatemala, dentro de sus programas y planes nacionales de desarrollo,⁹⁷ ha establecido como prioridad combatir la pobreza a través de la creación de oportunidades de acceso de la población a la educación, salud y servicios básicos.⁹⁸ Para el período 1996-2000, el Ministerio de Salud Pública y

Asistencia Social (MSPAS), señala como objetivos específicos de su sector, la modernización del mismo,⁹⁹ el aumento de cobertura y mejoramiento de la calidad de la atención de los servicios de salud,¹⁰⁰ el desarrollo de la gestión hospitalaria¹⁰¹ y la infraestructura.¹⁰² Las metas del sector Salud para el período 1996-2000 son, entre otras: reducir la mortalidad infantil,¹⁰³ reducir la mortalidad materna¹⁰⁴ e incrementar los nacimientos atendidos por personal entrenado.¹⁰⁵

Los medios estratégicos a través de los cuales el MSPAS espera lograr los objetivos y metas antes descritos, son: la modernización de la administración, la descentralización de los servicios y la focalización de acciones de salud en los grupos humanos más postergados.¹⁰⁶

Infraestructura de servicios de salud

La infraestructura del sector Salud está conformada por organismos e instituciones públicas (Sub-Sector Público de Salud),¹⁰⁷ privadas, ONG y organismos e instituciones de medicina tradicional correspondientes a las diferentes etnias de la población guatemalteca.¹⁰⁸ Para la prestación de servicios, el Sub-Sector Público de Salud está constituido por establecimientos de salud que se clasifican de la siguiente manera, según su capacidad de atención y recursos:¹⁰⁹ puestos de salud, que proporcionan asistencia mínima o simplificada;¹¹⁰ centros de salud tipo "B" y centros de salud tipo "A", que brindan asistencia intermedia;¹¹¹ hospitales de distrito y de área, que dan asistencia integral;¹¹² y los hospitales regionales y nacionales,¹¹³ que atienden las enfermedades y patologías más complejas y tienen sede en la capital de la República.¹¹⁴ Hasta 1996 se contaba con 860 puestos de salud, 131 centros de salud tipo A, 217 tipo B y 60 hospitales.¹¹⁵

Los establecimientos privados prestan servicios de salud principalmente en las áreas urbanas, a través de 71 centros médicos, servicios de empresas particulares y 2.526 clínicas particulares.¹¹⁶ Las ONG con especialidad en salud cuentan con cuatro hospitales y 637 establecimientos particulares en todo el país.¹¹⁷

En cuanto a los recursos humanos, la red de servicios del sector salud es operada aproximadamente por 51.500 profesionales de salud, de los cuales 57% trabaja en instituciones del Sub-Sector Público.¹¹⁸ De las doce escuelas técnicas del MSPAS, siete se dedican a formar personal para el nivel de atención integral.¹¹⁹ En el campo médico-profesional y de enfermería, la formación se ha desarrollado en el contexto de un modelo de atención hospitalaria, antes que preventivo.¹²⁰ Los hospitales de la ciudad capital (Guatemala), en la que vive solo el 20% de la población nacional, agrupan el 80% de los profesionales médicos del Sub-Sector Público y abarcan el 46% del total de camas hospitalarias del sector.¹²¹ El gobierno

guatemalteco reconoce que la producción de servicios es deficiente en cantidad y calidad;¹²² asimismo, indica que la baja cobertura de los servicios de salud y la falta de saneamiento ambiental y nutrición son la causa de más del 64% de las muertes ocurridas en el país.¹²³

Financiamiento de los servicios de salud

Los fondos requeridos para el desarrollo de las actividades del sector Salud son otorgados por el gobierno central, a través de una asignación anual que figura en el Presupuesto General de Gastos de la Nación.¹²⁴ En 1996, el gasto público en salud no ha superado el 2.2% del Producto Interno Bruto (PIB) del país.¹²⁵ Los recursos financieros se han destinado prioritariamente a los programas curativos implementados por los hospitales, antes que al desarrollo de programas de salud preventiva y de saneamiento ambiental.¹²⁶ Únicamente entre un 20 y 25% del gasto público en salud fue asignado a los programas preventivos, en los últimos dos años.¹²⁷

Respecto al costo de los servicios de salud, el Código de Salud¹²⁸ determina que los servicios de atención preventiva y asistencia médica en las instituciones de salud del Estado son gratuitos, con excepción de aquellos que se establezcan como remunerados, por mandato expreso de un Acuerdo Gubernativo.¹²⁹ Los registros sanitarios, análisis o venta de productos biológicos por parte del MSPAS también tienen un costo para la población.¹³⁰ El ingreso que estos últimos rubros generen incrementará el monto otorgado por el gobierno al sector Salud en el Presupuesto de la Nación.¹³¹

Normatividad sobre los profesionales en salud

¿Quién puede proveer servicios de salud y de qué tipo? ¿Existe garantía suficiente de control de calidad dentro de los servicios de salud? Dado que el gobierno de Guatemala regula estos tópicos, es importante la revisión de las disposiciones más relevantes en esta materia. La práctica de los profesionales de la salud, como proveedores de tales servicios, se encuentra regulada principalmente por el Código Deontológico.¹³² El Código Penal¹³³ reglamenta lo concerniente a las sanciones en casos de comisión de delitos derivados del ejercicio de la profesión. Por mandato constitucional, los profesionales médicos están obligados a asociarse en su colegio profesional (Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala) para ejercer su profesión.¹³⁴ El Código Deontológico contiene normas de carácter obligatorio para todos los médicos y cirujanos colegiados. Entre los deberes generales de los médicos se hallan los de respetar la vida y dignidad de las personas, proteger su salud sin discriminación alguna¹³⁵ y guardar el secreto profesional.¹³⁶ Los médicos deben respetar las creencias y costumbres de sus pacientes, siempre que éstas no vayan en contra de su salud,¹³⁷ y fijar sus honorarios profesionales según

el tiempo empleado, la distancia y la calidad de los servicios prestados.¹³⁸

El Código Deontológico contiene algunas normas con respecto a la relación médico-paciente en materia de salud reproductiva. Establece que los médicos deben abstenerse de practicar examen del aparato genital femenino a menores de edad sin la presencia de sus padres, tutores o personas legalmente responsables, excepto cuando éste sea solicitado por un Juez o se presenta una emergencia gineco-obstétrica;¹³⁹ en casos de diagnóstico de embarazo o asistencia de parto, el médico debe guardar secreto profesional si así lo solicita la paciente, salvo cuando se trata de menores de edad.¹⁴⁰ En casos de "aborto criminal", el médico queda eximido de mantener el secreto profesional.¹⁴¹ Es importante notar que el Código Deontológico prohíbe la esterilización, excepto la terapéutica, es decir, aquella que se hace para evitar un peligro inminente en la vida de la persona, después de agotados todos los medios físicos y técnicos.¹⁴² Esta norma es contraria a la política del MSPAS, el cual provee servicios de esterilización quirúrgica voluntaria como método de planificación familiar.¹⁴³ El mencionado código ratifica también la prohibición del aborto provocado¹⁴⁴ y la realización de abortos terapéuticos únicamente por profesionales médicos, en concordancia con el Código Penal.¹⁴⁵ Este sanciona los delitos que implican la participación de los profesionales de la salud, tales como la práctica del aborto¹⁴⁶ y el expendio irregular de medicinas.¹⁴⁷

Derechos de los pacientes

La legislación también influye en la calidad de los servicios de salud a través de la protección de los derechos de los pacientes. En Guatemala, la protección de estos derechos se basa en la Constitución Política, los Estatutos del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala¹⁴⁸ y el Código Deontológico. La norma constitucional establece que el Estado debe defender la salud, seguridad e interés económico de los consumidores y usuarios en general.¹⁴⁹ Para ello debe controlar la calidad de los productos alimenticios, farmacéuticos, químicos y todos aquellos que puedan afectar la salud y bienestar de las personas.¹⁵⁰

El Código Deontológico establece que los actos profesionales contrarios a sus normas serán vistos por el Tribunal de Honor del Colegio Médico,¹⁵¹ el cual actúa como tribunal de oficio.¹⁵² Las denuncias pueden ser presentadas ante el Colegio Profesional¹⁵³ por cualquier persona que considere que el médico o cirujano "ha faltado a su ética o atentado contra el honor o prestigio de su profesión";¹⁵⁴ el Tribunal de Honor aplicará las sanciones correspondientes¹⁵⁵ entre las que se mencionan a continuación: amonestación privada, amonestación pública, sanción pecuniaria, suspensión

temporal en el ejercicio de su profesión y suspensión definitiva.¹⁵⁶

Los pacientes también están protegidos frente a la negligencia médica por el Código Penal, el cual la sanciona a través de las disposiciones relativas al delito de lesión, con penas que van de tres meses a doce años de prisión, según la gravedad de la lesión causada.¹⁵⁷ En cuanto a los derechos de los pacientes como consumidores, el Reglamento de Medicamentos, Estupefacientes, Psicotrópicos y Productos de Tocador e Higiene Personal, del Hogar y Establecimientos Farmacéuticos (Reglamento de Medicamentos)¹⁵⁸ regula el expendio de los productos farmacéuticos.¹⁵⁹ Establece que el Departamento de Control de Medicamentos, dependencia de la Dirección General de Servicios de Salud,¹⁶⁰ es la instancia que ejerce el control sanitario de los medicamentos, productos de tocador e higiénicos, alimentos de uso médico, dispositivos terapéuticos y pesticidas de uso casero,¹⁶¹ y, asimismo, el ente regulador de los establecimientos farmacéuticos.¹⁶²

B. POBLACIÓN, SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Las políticas de población, salud reproductiva y planificación familiar, vigentes en Guatemala, están contenidas en el *Programa de Gobierno*, el Plan de Acción de Desarrollo Social (*PLADES 1996-2000*), el programa Mujer, Salud y Desarrollo (MSD),¹⁶³ y en el Plan Operativo de la Unidad de Salud Reproductiva del MSPAS (Plan Operativo).¹⁶⁴

Legislación y política de población

No existe una política específica sobre el tema de población en Guatemala, sin embargo, el *Programa de Gobierno* propone el desarrollo de políticas demográficas "respetuosas del derecho a la vida desde su concepción",¹⁶⁵ y la ejecución de programas de promoción de la unidad familiar.¹⁶⁶ El *PLADES 1996-2000* señala que el Estado debe brindar especial atención a la familia, para la satisfacción de sus necesidades básicas, materiales y espirituales.¹⁶⁷ Con tal fin, implementará, entre otras estrategias, programas de capacitación y orientación en el tema de la familia.¹⁶⁸

En cuanto a la distribución de la población, el Estado aspira a que las fuentes de empleo e ingresos se repartan equitativamente en todo el país, a fin de satisfacer las necesidades básicas en todo el territorio nacional.¹⁶⁹

Legislación y políticas en salud reproductiva y planificación familiar

La Constitución Política contiene normas relativas a algunos derechos sexuales y reproductivos de las personas. Establece que el Estado promoverá la paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y el lapso entre cada uno de sus hijos.¹⁷⁰ Además, se obliga a brindar

una protección especial a la maternidad.¹⁷¹ Guatemala tiene una tasa de crecimiento poblacional anual de 2.9%,¹⁷² y el MSPAS ha señalado como una de las metas del sector Salud, para el período 1996-2000, alcanzar un incremento anual mínimo de 10% de la población de mujeres en unión usando algún método de planificación familiar.¹⁷³

En 1989 se creó el programa MSD dentro de la estructura del MSPAS.¹⁷⁴ Este programa tiene entre sus objetivos desarrollar acciones orientadas a la atención de los problemas de salud de la mujer, incorporar la perspectiva de género en el planteamiento y desarrollo de los diferentes programas de salud, y capacitar al personal de los servicios de salud del Sub-Sector Público dentro de esta nueva perspectiva.¹⁷⁵ Según una evaluación del gobierno de Guatemala, realizada en 1994, el programa ha logrado identificar las discriminaciones de género en el ámbito de las prestaciones de salud y ha impulsado el estudio de la violencia familiar y su relación con la salud de las mujeres.¹⁷⁶

Para la ejecución de acciones gubernamentales en salud reproductiva, el MSPAS ha creado la Unidad de Salud Reproductiva (USR), la cual organiza y coordina actividades en torno a esta materia en los establecimientos del Sub-Sector Público de Salud.¹⁷⁷ El Plan Operativo de la USR establece que el MSPAS busca el mejoramiento de la salud de la mujer y de la niñez guatemaltecas mediante el fortalecimiento de la provisión de servicios integrados de salud reproductiva, con énfasis en comunidades rurales.¹⁷⁸ Entre sus objetivos específicos está la difusión de información sobre este tema en la población,¹⁷⁹ la coordinación con Organismos No Gubernamentales (ONG) locales para el desarrollo de las actividades sobre salud reproductiva llevadas a cabo por la USR.¹⁸⁰

La USR, que actualmente constituye la única entidad gubernamental que trabaja directamente en el tema arriba mencionado, corre el riesgo de ser clausurada debido principalmente a la falta de apoyo del MSPAS y al escaso reconocimiento de su importancia en el desarrollo integral de la Nación.¹⁸¹

Servicios gubernamentales de planificación familiar

La USR es la encargada de brindar servicios de planificación familiar en los establecimientos del Sub-Sector Público de Salud.¹⁸² La USR funciona en ocho áreas de salud de las veinticuatro existentes en el país,¹⁸³ brindando capacitación en metodología anticonceptiva al personal de los establecimientos,¹⁸⁴ proporcionando insumos médico quirúrgicos¹⁸⁵ y facilitando métodos de planificación familiar a las personas que lo soliciten.¹⁸⁶ Las actividades que desarrolla esta unidad se llevan a cabo en coordinación con otras instancias e instituciones públicas y privadas que trabajan en el tema de salud

reproductiva, con miras a lograr una integración en la provisión de los servicios.¹⁸⁷

En cuanto al costo de los servicios de planificación familiar, aunque no hay una norma expresa que establezca la gratuidad de estos, el Código de Salud establece la atención preventiva y asistencia médica gratuita en las instituciones del Estado, para todos los habitantes de la República, con algunas excepciones que la propia ley deberá indicar.¹⁸⁸ Los insumos anticonceptivos son distribuidos a la población por la USR.¹⁸⁹

C. ANTICONCEPCIÓN

Prevalencia de métodos anticonceptivos

Según estadísticas recientes, la prevalencia actual de métodos anticonceptivos en el total de mujeres en unión en Guatemala es de 31.4%,¹⁹⁰ a diferencia del período entre 1986 y 1993, cuando llegó al 23%.¹⁹¹ Los métodos modernos actualmente más empleados entre las mujeres viviendo en pareja son la anticoncepción quirúrgica (14.3%), la píldora (3.8%), el dispositivo intrauterino (DIU) (2.6%), los inyectables (2.5%) y los condones (2.2%).¹⁹² El método tradicional del ritmo –abstinencia periódica– es usado por el 36% de mujeres guatemaltecas actualmente en unión.¹⁹³

Durante el período de mayo a noviembre de 1995, la USR del MSPAS distribuyó 1.644 anticonceptivos hormonales orales y 407 paquetes de condones.¹⁹⁴ Esta misma unidad efectuó 2.281 inserciones de DIU y llevó a cabo 11.688 esterilizaciones quirúrgicas voluntarias (AQV), como parte de sus actividades en el mismo período.¹⁹⁵

Situación legal de la anticoncepción

La ley guatemalteca no restringe el derecho de las mujeres al acceso y uso de métodos anticonceptivos, sin embargo, en el Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala se hace una mención expresa a la prohibición de la práctica de la esterilización como método anticonceptivo,¹⁹⁶ pese a que ésta forma parte de la provisión de servicios de planificación familiar del MSPAS.¹⁹⁷

La regulación de la comercialización de los métodos anticonceptivos, que se venden en farmacias u otros establecimientos de expendio de productos farmacéuticos, está a cargo de la DGSS, a través de su Departamento de Control de Medicamentos.¹⁹⁸ Este departamento se encarga de autorizar, inspeccionar y ejercer control general sobre los establecimientos en donde se fabriquen, almacenen o distribuyan los productos antes mencionados.¹⁹⁹ La comercialización de productos medicinales, en todas sus formas, solo podrá realizarse en los laboratorios, droguerías y farmacias²⁰⁰ autorizados por el Departamento de Control de Medicamentos,²⁰¹ entidad que debe ejercer una supervisión permanente sobre estos

establecimientos.²⁰² Está totalmente prohibida la venta de estos productos, en cualquiera de sus formas, a través del comercio ambulatorio en vehículos, calles, plazas, mercados y lugares públicos.²⁰³

Regulación de la información sobre anticoncepción

No existen regulaciones que restrinjan la información sobre los métodos o tecnologías anticonceptivas. La Unidad de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene entre sus funciones realizar programas de información en salud reproductiva, para los pacientes y público en general, en las salas de espera de los establecimientos de salud.²⁰⁴

El PLADES 1996-2000 señala que se implementarán programas educativos para la población en temas relativos a familia, situación y valoración de la mujer y derechos de los niños.²⁰⁵ Para ello, el gobierno se propone llegar al 50% de la población a través de los medios de comunicación masiva con mensajes de valoración y reconocimiento de los derechos de las mujeres y la niñas,²⁰⁶ y capacitar a los padres en temas de familia.²⁰⁷ El PLADES no especifica el contenido que tendrán estos programas, pero sí que se ejecutarán bajo control y responsabilidad del sector público correspondiente.²⁰⁸

Esterilización

La anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) es uno de los métodos de planificación provistos por los servicios dependientes del MSPAS, a través de la USR,²⁰⁹ aunque el Código Deontológico solo permite la esterilización con fines terapéuticos.²¹⁰ Para este tipo de esterilización, esta norma establece el requisito de constancia escrita de la aceptación espontánea y voluntaria del procedimiento por parte del paciente, y de la opinión de dos médicos como mínimo.²¹¹

No hay norma o reglamento administrativo general que obligue a los establecimientos de salud a observar el requisito de la autorización del paciente y/o el cónyuge, en casos de esterilización; sin embargo, en los hospitales del Estado, la autorización del cónyuge es condición indispensable para el procedimiento quirúrgico.²¹² En el caso de las entidades privadas, éstas, en su mayoría, no solicitan la autorización del esposo o esposa para la intervención quirúrgica.²¹³ El Código Penal sanciona a quien intencionalmente “castrare o esterilizare” a otra persona sin su consentimiento.²¹⁴

D. ABORTO

Situación jurídica del aborto

El Estado garantiza y protege la vida humana desde su concepción.²¹⁵ Este principio consagrado en el ámbito constitucional es el fundamento de la consideración del aborto como acto delictivo en las leyes nacionales.²¹⁶ En Guatemala, el aborto está tipificado en el Código Penal entre los delitos contra la vida y la integridad de la persona,²¹⁷ con excepción

del caso de *aborto terapéutico*, específicamente autorizado por la ley, en situaciones en que el aborto sea imprescindible para salvar la vida de la madre.²¹⁸ El Código Penal sanciona a “la mujer que causare su aborto o consintiere que otra persona se lo cause”,²¹⁹ asimismo, a “quien de propósito causare un aborto”,²²⁰ y a quien “con actos de violencia ocasionare el aborto”.²²¹

Pese a la ilegalidad del aborto, el MSPAS reconoce que éste constituye uno de los principales y más graves problemas de salud entre la población femenina del país,²²² y que es tarea del MSPAS, a través de la USR, desarrollar acciones destinadas a cambiar esta situación.²²³ Estadísticas del Departamento Materno Infantil del Ministerio muestran que un gran porcentaje de mujeres recibió asistencia hospitalaria por problemas de aborto y, de este grupo, un 76% tenía antecedentes de por lo menos un aborto previo.²²⁴

Requisitos para el aborto no penalizado

El Código Penal establece como requisitos esenciales para el *aborto terapéutico*, “el consentimiento de la mujer”²²⁵ y el “previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico”.²²⁶ Además, dicho Código exige que el procedimiento abortivo se realice “sin la intención de procurar directamente la muerte del producto de la concepción”,²²⁷ con el único fin de evitar un peligro para la vida de la madre, y cuando se hayan agotado todos los medios científicos y técnicos disponibles.²²⁸

Penalidad por aborto ilegal

Las mujeres que causen su propio aborto o consientan que otra persona se lo provoque son sancionadas con prisión de uno a tres años.²²⁹ Hay una atenuante a esta penalidad en el caso de que la mujer actúe “impulsada por motivos que, ligados íntimamente a su estado, le produzcan indudable alteración psíquica”.²³⁰ En estos casos, la sanción será de seis meses a dos años de prisión.²³¹ Los agentes que causen el aborto con el consentimiento de la gestante reciben una pena de uno a tres años de prisión.²³² Si el aborto fue practicado sin su consentimiento, la condena será de tres a seis años de confinamiento.²³³ En este último caso, si el agente se hubiera valido de violencia, amenaza o engaño, la pena será de cuatro a ocho años de prisión.²³⁴

En caso de aborto practicado con el consentimiento de la mujer, si sobreviene la muerte de la misma, el responsable será sancionado con prisión de tres a ocho años.²³⁵ Si el aborto seguido de muerte se hubiera practicado sin consentimiento de la gestante, el responsable será condenado a prisión de cuatro a doce años.²³⁶

En caso de que el responsable sea un profesional médico que, “abusando de su profesión, cause el aborto o coopere con su realización”,²³⁷ además de las penas señaladas anteriormente,

será sancionado con una multa de quinientos a tres mil quetzales y se le inhabilitará para el ejercicio de la profesión por un período de dos a cinco años.²³⁸ Iguales sanciones se aplicarán en caso de que el responsable sea practicante o persona con título sanitario.²³⁹ El Código Penal señala expresamente que la tentativa de aborto²⁴⁰ y el aborto culposo²⁴¹ no son sancionados penalmente.²⁴²

D. VIH/SIDA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

Es esencial analizar el problema del VIH/SIDA en el marco de los derechos reproductivos, ya que ambos tópicos están íntimamente relacionados desde los puntos de vista médico y de salud pública. Más aún, una evaluación completa de las leyes y políticas que afectan la salud reproductiva en Guatemala debe examinar la situación del VIH/SIDA y de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), por la dimensión y las implicaciones de ambas enfermedades que se reflejan en las estadísticas siguientes: el número de casos registrados desde 1984 hasta junio de 1996 es de 936 enfermos.²⁴³ El patrón de evolución de la enfermedad, según el sexo, presenta una relación de tres hombres infectados por cada mujer infectada.²⁴⁴ La incidencia más alta de enfermos se encuentra en el grupo de veinte a cincuenta años de edad.²⁴⁵ En lo referente a las ETS, las estadísticas muestran que en el año 1994 se registró una tasa de incidencia de 16.7 enfermos de gonorrea por cada 1.000 habitantes,²⁴⁶ y 2.98 enfermos de sífilis por cada 1.000 habitantes.²⁴⁷

Legislación sobre VIH/SIDA y ETS

La legislación sobre VIH/SIDA y ETS regula algunos derechos y obligaciones de los pacientes de VIH/SIDA, así como también de los establecimientos de salud. La ley establece que las pruebas serológicas no serán solicitadas como requisito para acceder a bienes, servicios, instituciones educativas o atención médica.²⁴⁸ Igualmente, protege el derecho de las personas a recibir un trato digno y respetuoso y prohíbe la discriminación contra las personas por su condición serológica y de portadores de VIH/SIDA.²⁴⁹ También señala que los resultados de las pruebas serológicas serán estrictamente confidenciales;²⁵⁰ sin embargo, los profesionales de salud están obligados a notificar a la autoridad sanitaria más cercana de los casos de SIDA e infección por el VIH que hayan diagnosticado.²⁵¹ Las instituciones de salud del MSPAS tienen la obligación de brindar servicios de consejería o apoyo psicológico a toda persona notificada con resultado VIH positivo.²⁵²

La legislación penal guatemalteca sanciona con multa de cincuenta a trescientos quetzales a quien, conociendo que padece una enfermedad venérea, expone a otra persona al

contagio.²⁵³ Si éste se produce, se impone al responsable una sanción de dos meses a un año de prisión, además de la multa.²⁵⁴

Políticas sobre prevención y tratamiento de VIH/SIDA y ETS

En 1987, el gobierno de Guatemala creó la Comisión Nacional para la Vigilancia y Control del SIDA (la Comisión),²⁵⁵ como organismo asesor y coordinador de todas las acciones que se efectúen en el ámbito nacional en prevención y control de esta enfermedad.²⁵⁶ La Comisión está integrada por un representante de cada una de las siguientes instituciones: MSPAS, Colegio Médico, universidades, Ministerios de Educación y Gobernación, organizaciones de bienestar social, instituciones religiosas y de comunicación social.²⁵⁷ La función principal de la Comisión es sistematizar el control y la vigilancia del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida y proponer las políticas nacionales y normas jurídicas adecuadas para el logro de sus objetivos.²⁵⁸

Para el período 1996-2000, el MSPAS estableció el Plan Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA.²⁵⁹ Su objetivo principal es disminuir la incidencia de la infección con el VIH y, asimismo, la enfermedad del SIDA, a través de acciones de promoción de salud dirigidas a la población en general y a grupos de alto riesgo en particular.²⁶⁰ Para el logro de sus objetivos, el MSPAS desarrolla sus actividades en tres líneas de acción básicas: la vigilancia epidemiológica de la infección con el VIH/SIDA,²⁶¹ la promoción de salud y consejería para prevenir la infección con el VIH²⁶² y el control y seguimiento del enfermo con SIDA.²⁶³ Igualmente, el Ministerio, a través de la Dirección Nacional de Servicios de Salud, ha elaborado folletos informativos sobre el VIH/SIDA y las ETS, tanto para el personal de salud como para el público en general.²⁶⁴

III. Entendiendo el Ejercicio de los Derechos Reproductivos: Situación Jurídica de la Mujer

La salud y los derechos reproductivos de las mujeres no pueden ser plenamente entendidos si no se analiza su situación jurídica y social. La situación legal de las mujeres no solo es un reflejo de las actitudes sociales que afectan sus vidas reproductivas, sino que, a menudo, tales leyes tienen un impacto directo sobre la posibilidad que aquellas tienen para ejercer sus derechos reproductivos. Las características de las relaciones de pareja y de familia, el nivel educativo, el acceso a recursos económicos y protección legal determinan las posibilidades de las mujeres para decidir sobre sus necesidades en salud reproductiva y su

derecho a la obtención de servicios de salud.

El principio de igualdad, reconocido constitucionalmente, establece que todos los seres humanos son libres e iguales en dignidad y derechos.²⁶⁵ La norma constitucional se refiere a la igualdad de oportunidades y responsabilidades, tanto para el hombre como para la mujer, sin importar su estado civil.²⁶⁶ Por otro lado, Guatemala ha suscrito diversos convenios internacionales, concernientes a los derechos civiles de las mujeres, donde se establece la igualdad de derechos entre hombres y mujeres y la no discriminación contra la mujer.²⁶⁷ Sin embargo, como se describe en las secciones siguientes, la normatividad interna de Guatemala mantiene preceptos contrarios a los principios de igualdad y no discriminación.

A. DERECHOS CIVILES DENTRO DEL MATRIMONIO

Matrimonio

La Constitución señala que el Estado debe garantizar la protección social, económica y jurídica de la familia, promoviendo su organización sobre la base legal del matrimonio.²⁶⁸ De igual manera, señala expresamente que el Estado debe promover la igualdad de derechos de los cónyuges y la paternidad responsable.²⁶⁹ El Código Civil coincide con este principio al establecer que ambos cónyuges gozan de igualdad de derechos y obligaciones dentro del matrimonio.²⁷⁰ Sin embargo, el Código Civil vigente desde 1963 dispone, en contradicción con el principio de igualdad de derechos y obligaciones entre cónyuges, que la representación conyugal corresponde solo al marido.²⁷¹ Durante el matrimonio, la mujer tiene el derecho de agregar a su propio apellido el de su cónyuge y de conservarlo, salvo que el matrimonio se disuelva por nulidad o divorcio.²⁷²

Ambos cónyuges fijarán de común acuerdo su residencia y arreglarán todo lo relativo a la educación, establecimiento de los hijos y la economía familiar.²⁷³ El Código Civil establece el deber del esposo de proteger y asistir a la mujer, estando obligado a suministrarle todo lo necesario para el sostenimiento del hogar.²⁷⁴ La mujer tiene, especialmente, el derecho y la obligación de atender y cuidar a sus hijos durante la minoría de edad y dirigir los quehaceres domésticos.²⁷⁵ El Código Civil señala también que la mujer podrá desempeñar un empleo, ejercer una profesión, industria, oficio o comercio, siempre y cuando estas actividades no perjudiquen el interés y cuidado de los hijos y demás atenciones del hogar.²⁷⁶ En cualquier caso, el marido podrá oponerse a que la mujer trabaje fuera del hogar, toda vez que él suministre lo necesario para el sostenimiento del mismo.²⁷⁷

El régimen económico del matrimonio se regula por las "capitulaciones matrimoniales"²⁷⁸ otorgadas por los contrayentes antes o durante la celebración del matrimonio.²⁷⁹

Los cónyuges pueden elegir los siguientes regímenes económicos: comunidad absoluta,²⁸⁰ separación absoluta²⁸¹ y comunidad de gananciales.²⁸² A falta de capitulaciones sobre los bienes, la ley entiende que el matrimonio fue contraído bajo el régimen de comunidad de gananciales.²⁸³ Las mujeres no pueden contraer matrimonio antes de transcurridos trescientos días contados desde la disolución del matrimonio anterior, para evitar problemas de filiación en los casos en que una mujer pudiera estar embarazada.²⁸⁴

La edad mínima requerida para contraer matrimonio, sin necesidad de consentimiento de los padres, es 18 años.²⁸⁵ La poligamia no está permitida en Guatemala. El Código Penal sanciona a quien contrajera segundo o ulterior matrimonio sin hallarse legítimamente disuelto el anterior.²⁸⁶ Igual sanción recibirá el soltero que contraiga matrimonio con persona casada, con conocimiento previo de su condición civil.²⁸⁷

Hasta marzo de 1996,²⁸⁸ el Código Penal de Guatemala tipificaba el delito de *adulterio* como aquel delito cometido por la “mujer casada” que “yacía” con un hombre que no era su marido, y por quien “yacía” con ella “sabiendo que era casada”,²⁸⁹ La pena para este delito era de 6 meses a 3 años de prisión.²⁹⁰ Pero, para los hombres el mismo delito se denominaba *concubinato* y solo se daba cuando el hombre llevaba al hogar conyugal a la persona con la que engañaba a su cónyuge; y la pena era de 1 año de prisión.²⁹¹ Un grupo de mujeres y organizaciones guatemaltecas lograron la derogatoria de tales normas, a través de una acción de inconstitucionalidad promovida ante la Corte de Constitucionalidad de Guatemala.²⁹²

Regulación de las uniones de hecho

La Constitución Política reconoce la legalidad de las *uniones de hecho*.²⁹³ El Código Civil las define como la unión de un hombre y de una mujer con capacidad para contraer matrimonio,²⁹⁴ siempre que exista hogar y que se haya mantenido la vida en común ininterrumpidamente por más de tres años, ante sus familiares y relaciones sociales, cumpliendo los fines de procreación, alimentación, educación de los hijos y auxilio recíproco.²⁹⁵ Las uniones de hecho tienen efectos legales toda vez que sean declaradas por los interesados ante una autoridad local.²⁹⁶ Esta declaración es inscrita en el Registro Civil²⁹⁷ y tiene los mismos efectos que la certificación matrimonial.²⁹⁸

La unión de hecho, inscrita en el Registro Civil, produce los siguientes efectos: se presume que los hijos nacidos durante el período en que dure la unión son hijos del varón con el que la madre estuvo unida;²⁹⁹ los bienes adquiridos durante la unión de hecho se reputan como comunes;³⁰⁰ cualquiera de ellos puede pedir la liquidación de los mismos y la adjudicación

de los bienes que le correspondan.³⁰¹ Por último, el hombre y la mujer en unión de hecho están sujetos a los deberes y derechos de los cónyuges durante el matrimonio.³⁰² La unión de hecho puede cesar por mutuo acuerdo de los interesados o por cualquiera de las causales de divorcio señaladas en el Código Civil.³⁰³ Se reconocen derechos hereditarios recíprocos entre el varón y la mujer cuya unión de hecho haya sido debidamente registrada.³⁰⁴ En este tipo de uniones, rige también la prohibición de que las mujeres contraigan matrimonio antes de transcurridos trescientos días contados a partir de la muerte de su pareja o la disolución de la unión.³⁰⁵

Divorcio y custodia

El Código Civil establece las figuras de la *separación*, que modifica el matrimonio, y el *divorcio*, que lo disuelve.³⁰⁶ Tanto la separación como el divorcio pueden declararse por acuerdo de los cónyuges³⁰⁷ o por voluntad de uno de ellos, mediante causa determinada por ley.³⁰⁸ Son causas legales para la separación o el divorcio, entre otras, las siguientes: infidelidad, maltrato, injuria grave y toda conducta que haga insostenible la vida en común;³⁰⁹ atentado contra la vida del cónyuge; alumbramiento de un hijo concebido antes del matrimonio, sin conocimiento previo del marido sobre el embarazo; enfermedad grave, incurable y contagiosa que pueda perjudicar al otro cónyuge o a la descendencia; e impotencia absoluta o relativa para la procreación, siempre que sea incurable y posterior al matrimonio.³¹⁰

Son efectos civiles de la separación y el divorcio: la liquidación del patrimonio conyugal³¹¹ y el derecho de alimentos,³¹² que se otorga a la mujer que haya obtenido la separación o el divorcio por culpa del marido, siempre y cuando observe buena conducta y no contraiga nuevo matrimonio.³¹³ La custodia de los hijos se asigna como efecto de la separación o el divorcio. El cónyuge culpable de esta situación queda suspendido o pierde la patria potestad, si hay petición expresa de la parte interesada.³¹⁴ El Código Civil establece además que, desde el momento en que se presenta la solicitud de separación o divorcio, la mujer y los hijos quedarán bajo la protección de la autoridad para la salvaguarda de sus personas y de sus bienes, hasta que se dé la sentencia definitiva.³¹⁵ El juez determina la custodia provisional de los hijos hasta la resolución definitiva del divorcio, pudiendo ser otorgada al padre, a la madre o a un tutor.³¹⁶

B. DERECHOS SOCIOECONÓMICOS

Acceso a la propiedad

La Constitución Política de Guatemala garantiza el derecho inherente de la persona humana a la propiedad privada, señalando que toda persona puede disponer libremente de sus bienes.³¹⁷

Sin embargo, en el Código Civil existen restricciones legales específicas para las mujeres en lo que se refiere al derecho de administración de la propiedad conyugal. El varón es el encargado de la administración regular de los bienes matrimoniales;³¹⁸ pudiendo la mujer oponerse a los actos del marido cuando estos vayan en perjuicio del patrimonio común.³¹⁹ La mujer sólo adquiere la representación conyugal y la administración del patrimonio común cuando el marido es declarado interdicto, abandona el hogar o se declara su ausencia, o cuando es condenado a prisión y por el tiempo que ésta dure.³²⁰

El Código Civil establece que, para la enajenación y el gravamen de bienes inmuebles de la comunidad conyugal, se requiere el consentimiento de ambos cónyuges, de lo contrario, el acto se considera nulo.³²¹ Respecto a la herencia de propiedades, el Código Civil no establece limitaciones legales para las mujeres. Señala que, en caso de una sucesión en la que no exista testamento, la ley regula ésta considerando solo los vínculos de parentesco y no el sexo de las personas.³²²

Derechos laborales

El trabajo es objeto de protección por parte del Estado, y es definido como un derecho de la persona y una obligación social.³²³ La protección a la mujer trabajadora y la regulación de las condiciones en las que presta sus servicios son derechos sociales mínimos que deben ser promovidos por la legislación laboral.³²⁴ La Constitución señala específicamente la igualdad de salario para el mismo trabajo prestado en iguales condiciones y la prohibición de discriminar entre mujeres solteras y casadas.³²⁵

El gobierno de Guatemala ha suscrito convenios internacionales adoptados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), relativos a los derechos de las mujeres trabajadoras; por ejemplo, el Convenio N° 100 sobre la Igualdad de Remuneración entre la Mano de Obra Masculina y la Mano de Obra Femenina por un trabajo del mismo valor;³²⁶ el Convenio N° 111 sobre la Discriminación en el Empleo;³²⁷ y el Convenio N° 156 sobre los Trabajadores con Responsabilidades Familiares.³²⁸

El Código de Trabajo³²⁹ regula la no discriminación por razón de sexo, responsabilidad familiar, estado civil o embarazo,³³⁰ y la protección a la madre trabajadora, a quien no se debe exigir ningún trabajo que requiera esfuerzo y ponga en peligro el embarazo.³³¹ Establece también el derecho a un descanso forzoso retribuido con el 100% de su salario, de treinta días anteriores al parto y cuarenticinco días posteriores al mismo.³³² Gozan del mismo derecho las trabajadoras que adopten a un menor de edad.³³³ En época de lactancia, la mujer trabajadora goza del derecho a dos descansos, dentro de la jornada de trabajo, para amamantar a su hijo.³³⁴

Acceso al crédito

Aunque en Guatemala no existen restricciones legales específicas para el acceso al crédito por parte de las mujeres, la normatividad civil limita tal derecho, en el caso de las mujeres casadas, al establecer que es el marido quien ejerce la administración y representación de la sociedad conyugal.³³⁵ Así, se entiende que el único capaz de realizar transacciones comerciales es el varón y, en la práctica comercial diaria, las mujeres viudas, abandonadas o madres solteras deberán buscar el apoyo de familiares varones para que actúen como sus representantes y aparezcan como jefes de familia en la solicitud de créditos ante el Estado o las entidades privadas.³³⁶

Acceso a la educación

En el marco constitucional se establece que es deber del Estado proporcionar y facilitar educación a sus habitantes sin discriminación alguna.³³⁷ La educación impartida por el Estado es gratuita.³³⁸ Sin embargo, el analfabetismo es mayoritariamente femenino y rural.³³⁹ En 1994, del total de analfabetos, el 62% eran mujeres.³⁴⁰ Del total de mujeres analfabetas, el 20.35% vivían en la zona urbana y el 79.65%, en la zona rural.³⁴¹

La Constitución Política señala que el Estado debe proveer y promover becas y créditos educativos;³⁴² además, establece que la enseñanza deberá impartirse en forma bilingüe en las zonas donde la población sea predominantemente indígena.³⁴³ El PLADES establece que, para el caso de las niñas y mujeres repatriadas, refugiadas y desplazadas, el gobierno desarrollará programas especiales de educación entre 1996-2000³⁴⁴ y, en general, adecuará los servicios educativos a las actividades y necesidades de las familias de cada región.³⁴⁵

Instancias para la mujer

En Guatemala, la instancia gubernamental encargada de la formulación de políticas de género y promoción de la mujer es la Oficina Nacional de la Mujer (ONAM),³⁴⁶ adscrita al Ministerio de Trabajo.³⁴⁷ Sin embargo, el presupuesto que se le asigna es escaso y el rango administrativo que se le otorga es bajo.³⁴⁸ Tal situación ha imposibilitado que esta instancia logre sus fines en la medida adecuada.³⁴⁹ Existe una propuesta para crear otra instancia con el nombre de Instituto Nacional de la Mujer (INAM),³⁵⁰ proyecto que actualmente se encuentra en espera de su aprobación en el Congreso de la República.³⁵¹

Además, existe la Defensoría de la Mujer de la Procuraduría de Derechos Humanos,³⁵² la cual comprende, entre sus funciones principales, la realización de talleres con autoridades locales del interior de la República, a fin de capacitarlas sobre el tema de los derechos humanos de las mujeres, la realización de estudios estadísticos sobre la situación de la mujer en Guatemala y la atención directa a mujeres víctimas de la violencia.³⁵³ En el área del derecho penal, la Fiscalía de la

Mujer³⁵⁴ tiene a su cargo la investigación y el ejercicio de la acción penal en todos los delitos que involucren a una o varias mujeres y que estén relacionados con su condición de mujer.³⁵⁵ Entre los delitos que serán de conocimiento de esta fiscalía están: el aborto, los delitos contra la libertad y seguridad sexuales y contra el pudor, y los delitos contra el orden jurídico familiar y contra el estado civil.³⁵⁶

C. DERECHO A LA INTEGRIDAD FÍSICA

La Constitución Política de la República de Guatemala garantiza y protege la vida humana, así como la integridad y seguridad de las personas.³⁵⁷

Violación sexual

La violación sexual constituye un delito “contra la libertad y la seguridad sexuales y contra el pudor”, tipificado en los artículos 173 a 175 del Código Penal.³⁵⁸ La Ley Penal define el delito de violación como el acto de “yacer con una mujer” usando violencia suficiente para conseguir tal propósito, o aprovechando las circunstancias de encontrarse la mujer privada de razón o de sentido o incapacitada para resistir.³⁵⁹ Si la mujer víctima fuera menor de doce años, la ley considera que existe violación “en todo caso” en que el agresor tuviera relaciones sexuales con la víctima.³⁶⁰ La pena para este delito es de seis a doce años de prisión.³⁶¹ La violación en determinadas circunstancias tiene sanciones más severas. La pena será de ocho a veinte años³⁶² cuando participen en la ejecución del delito dos o más personas;³⁶³ cuando el autor sea pariente de la víctima o encargado de su educación, custodia o guarda;³⁶⁴ o cuando, como consecuencia del delito, se produjera grave daño a la víctima.³⁶⁵ En los casos en que ésta fallezca a causa de la violación, la pena es de treinta a cincuenta años,³⁶⁶ y si se trata de una víctima menor de diez años, se aplicará la pena de muerte.³⁶⁷

El rapto, la sustracción o retención de una mujer contra su voluntad, con propósitos sexuales, utilizando la violencia o engaño,³⁶⁸ son sancionados con una pena de dos a cinco años.³⁶⁹ El Código Penal castiga también los *delitos contra el pudor*,³⁷⁰ señalando para estos penas de multa que van desde trescientos a cinco mil quetzales.³⁷¹ La responsabilidad penal del agresor o la pena impuesta por la comisión de cualquiera de los delitos antes señalados se extinguen al realizarse el matrimonio de la víctima con el agresor, siempre que la mujer fuere mayor de doce años y con la aprobación previa del Ministerio Público.³⁷²

Acoso sexual

En el ordenamiento legal guatemalteco no existen normas específicas que traten el problema del acoso sexual. Sin embargo, actualmente se encuentra en espera de la aprobación por el Congreso de la República un proyecto de ley sobre

acoso y hostigamiento sexual, que ya cuenta con el dictamen favorable de la Cámara de Representantes.³⁷³ Este proyecto brindaría protección jurídica a las mujeres frente al acoso sexual del que son víctimas, tanto en el lugar de trabajo como en los centros educativos.³⁷⁴

Violencia doméstica

En 1996, el Congreso de la República de Guatemala promulgó la Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar.³⁷⁵ La ley define como violencia intrafamiliar los actos u omisiones que directa o indirectamente causen daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial a una persona integrante del grupo familiar.³⁷⁶ El agresor puede ser un pariente o conviviente o exconviviente, cónyuge o excónyuge o la persona con quien se haya procreado hijos.³⁷⁷

La ley establece medidas de protección, tales como la orden judicial de abandono de la residencia común por el agresor, suspensión de la guarda y custodia de los hijos menores de edad, embargo preventivo de los bienes del agresor, reparación civil por los daños ocasionados a la víctima, entre otras.³⁷⁸ Estas medidas pueden ser solicitadas por la víctima, los parientes o médicos que tengan contacto con la persona agredida, o cualquier persona que sea testigo de los hechos.³⁷⁹ La ley determina la participación de la Policía Nacional³⁸⁰ y los Juzgados de Paz³⁸¹ en el trámite de las denuncias o solicitudes de protección, en los casos de violencia intrafamiliar.³⁸²

IV. Analizando los Derechos de un Grupo Especial: Adolescentes

Las necesidades de los adolescentes son a menudo ignoradas o desatendidas. Teniendo en cuenta que en Guatemala los menores de quince años representan el 46% de la población total,³⁸³ es particularmente importante atender las necesidades de salud reproductiva de este grupo. Los esfuerzos dirigidos a mejorar los derechos de la población adolescente, incluso los reproductivos, son importantes para la autodeterminación y la salud de las mujeres en general.

A. SALUD REPRODUCTIVA

Entre sus objetivos principales, el PLADES establece el otorgamiento de protección especial a los niños, las niñas y los adolescentes³⁸⁴, impulsando el diseño y la ejecución de políticas públicas, programas y proyectos para la protección de sus derechos.³⁸⁵ El gobierno se ha propuesto desarrollar, de manera especial, mecanismos de prevención y amparo a fin de erradicar la prostitución,³⁸⁶ el maltrato y el abuso sexual del niño, la niña y el adolescente,³⁸⁷ a través de la realización de campañas masivas

de divulgación educativa.³⁸⁸ En cuanto a la relación médico-paciente adolescente, el CD señala que los médicos están prohibidos de practicar el examen del aparato genital femenino a menores de edad sin la presencia de sus padres, tutores o personas legalmente responsables, excepto cuando sea solicitado por un juez o en casos de emergencia gineco-obstétrica.³⁸⁹

Para atacar el problema del SIDA entre la población adolescente, el PLADES señala que se realizarán campañas para la prevención de dicho mal, promoviendo la castidad en los jóvenes y la fidelidad conyugal, como medida educativa.³⁹⁰ El gobierno de Guatemala ha ratificado la Convención sobre los Derechos del Niño, en 1990.³⁹¹ En ese sentido, y para adecuar la legislación nacional a los principios internacionales de protección a niños, niñas y adolescentes, se elaboró un Proyecto de Código del Niño, Niña y Adolescente, el cual se encuentra actualmente en el Congreso de la República para su aprobación.³⁹²

B. MATRIMONIO Y ADOLESCENTES

La edad mínima requerida para el matrimonio sin necesidad de consentimiento o permiso alguno es dieciocho años,³⁹³ que es cuando se adquiere la mayoría de edad en Guatemala y la persona se encuentra en capacidad de ejercer plenamente sus derechos civiles.³⁹⁴ Los varones mayores de dieciséis años y las mujeres mayores de catorce pueden contraer matrimonio³⁹⁵ con la autorización expresa de los padres, en forma conjunta, o de quien ejerza individualmente la patria potestad.³⁹⁶ Si no puede obtenerse la autorización conjunta del padre y de la madre, por ausencia, enfermedad u otro motivo, bastará la autorización de uno de los progenitores; y si ninguno de los dos puede hacerlo, la autorización será otorgada por el Juez Civil.³⁹⁷ En caso de desacuerdo de los padres, el juez puede conceder la autorización, siempre y cuando los motivos en los que se funde la negativa de los mismos no fueran razonables.³⁹⁸

C. DELITOS SEXUALES CONTRA ADOLESCENTES Y MENORES

El Código Penal establece que todo el que tiene relaciones sexuales con una persona menor de doce años comete delito de violación.³⁹⁹ La ley no requiere la existencia de violencia o aprovechamiento de la falta de conciencia o incapacidad de resistencia de la víctima.⁴⁰⁰ La pena privativa de la libertad que se impone al agresor oscila entre seis y doce años.⁴⁰¹ Se agrava la sanción cuando el autor es pariente de la víctima, o encargado de su educación, custodia o guarda.⁴⁰² En este caso, las penas son entre ocho y veinte años de prisión. Cuando la víctima es menor de diez años y muere como consecuencia de la violación, se impondrá al agresor la pena de muerte.⁴⁰³

Cuando la adolescente tiene entre doce y catorce años, y el

acto sexual se practica aprovechando su inexperiencia o mediante engaño o promesa falsa de matrimonio, el delito se tipifica como *estupro* y se sanciona con pena de prisión de uno a dos años.⁴⁰⁴ Para castigar este delito, la ley penal requiere, específicamente, que la víctima sea una mujer honesta.⁴⁰⁵ Si el autor del delito es pariente de la víctima o encargado de su educación, custodia o guarda, las sanciones señaladas anteriormente se aumentan en una tercera parte.⁴⁰⁶ Se reduce la pena de seis meses a un año cuando la edad de la víctima estuviera comprendida entre los catorce y los dieciocho años.⁴⁰⁷ La responsabilidad penal del agresor o la pena impuesta por la comisión de cualquiera de estos delitos se extinguen con el legítimo matrimonio de la víctima con el agresor, siempre que aquella fuera mayor de doce años y se cuente con la aprobación del Ministerio Público.⁴⁰⁸

El Código Penal sanciona también los delitos denominados de corrupción de menores.⁴⁰⁹ Incurrir en tal delito la persona que en cualquier forma promueva, facilite o favorezca la prostitución o la corrupción sexual de un menor de edad.⁴¹⁰ Se sanciona con prisión de dos a seis años, no importando el consentimiento del menor para legalizar tales actos.⁴¹¹ La pena a aplicarse se aumenta en dos terceras partes si la víctima es menor de doce años; si se practica con propósito de lucro; si se comete a través de violencia, engaño o abuso de autoridad; si el autor es ascendiente, hermano, tutor o encargado de la educación, custodia o guarda de la víctima; si la corrupción se realiza mediante "actos perversos, prematuros o excesivos"; o cuando los hechos son realizados con habitualidad.⁴¹²

D. EDUCACIÓN SEXUAL Y ADOLESCENTES

La Constitución Política de Guatemala establece que la educación tiene como finalidad primordial el desarrollo integral de la persona humana,⁴¹³ y que los padres tienen el deber de educar a sus hijos y el derecho a escoger el tipo de educación que ha de impartírseles.⁴¹⁴ Para el período 1996-2000, el *Programa de Gobierno* tiene como objetivo, en educación, afirmar y difundir los valores morales y culturales de respeto de los derechos humanos, y evitar la perpetuación de la pobreza y de las discriminaciones étnicas, sexuales, sociales y geográficas.⁴¹⁵

El PLADES se propone mejorar la calidad de la educación⁴¹⁶ y señala la necesidad de educar a los niños, las niñas y los adolescentes en el tema del SIDA, realizando campañas de orientación preventivas, especialmente para erradicar la promiscuidad, considerada como causante principal del VIH/SIDA.⁴¹⁷

NOTAS FINALES

1. WORLD ALMANAC BOOKS. *The World Almanac and Book of Facts 1997*. New Jersey, 1996, p. 770.
2. *Ibid.*
3. *Ibid.*, p. 769
4. *Ibid.*
5. *Ibid.*
6. *Ibid.*, p. 770
7. *Ibid.*
8. *Ibid.*
9. DEPARTMENT OF STATE. *Country Reports on Human Rights Practices for 1996*. Washington, U.S. Government Printing Office, February, 1997, p. 454
10. *Ibid.* Denominado Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG).
11. *Ibid.*
12. Constitución Política de la República de Guatemala (Constitución Política). Decretada por Asamblea Nacional Constituyente, 31 de mayo de 1985. Reformada por consulta popular. Acuerdo Legislativo 18-93, artículo 140.
13. *Ibid.*, artículo 141. La Constitución Política denomina "organismos" a las ramas del Poder Público del Estado. Ver Título IV.
14. *Ibid.*
15. *Ibid.*
16. *Ibid.*, artículo 140.
17. *Ibid.*, artículos 166 y 167. Proceso de interrogación e investigación destinado a establecer la responsabilidad política del Ministro, en asuntos de interés de la Nación. Si el Ministro es encontrado responsable de las acciones de que se le acusa, se emite un voto de *háta de confianza*, y el interpelado debe presentar inmediatamente su dimisión.
18. *Ibid.*
19. *Ibid.*, artículo 183, inciso h.
20. *Ibid.*, artículo 206. Los magistrados y jueces que sean acusados de la comisión de un delito, o de mal ejercicio de sus funciones, tienen el derecho a que su caso sea revisado por el Congreso de la República (si son magistrados de la Corte Suprema) o por la Corte Suprema de Justicia (en los demás casos), para que estos organismos determinen si efectivamente procede el inicio de juicio penal en su contra. Ver también Ley del Organismo Judicial, Decreto n.º 2-89, de fecha 28 de marzo de 1989, reformado según Decretos Legislativos 64-90 y 11-93, y Reforma Constitucional según Acuerdo Legislativo 18-93, artículo 79, inciso c.
21. Constitución Política, artículo 206.
22. *Ibid.*, artículo 182.
23. *Ibid.*, artículo 184.
24. *Ibid.*, artículo 183.
25. *Ibid.*, artículo 193.
26. *Ibid.*
27. *Ibid.*, artículo 194, inciso d.
28. *Ibid.*, inciso c.
29. *Ibid.*, artículo 157.
30. *Ibid.*
31. *Ibid.*, artículo 161.
32. *Ibid.*
33. *Ibid.*, artículo 171, inciso a.
34. "Facultad de proponer algo. En lo político, significa el derecho de presentar propuestas y el ejercicio de tales facultades. Por ejemplo, en el derecho político, la iniciativa para la formación de las leyes corresponde por principio general a la Cámara Legislativa, al Poder Ejecutivo y a los entes judiciales como la Corte Suprema." FLORES POLO, Pedro. *Diccionario de Términos Jurídicos*. Lima, Marsol Perú Editores S.A., 1987, p. 587.
35. Constitución Política, artículos 174 y 183, inciso g.
36. *Ibid.*, artículos 177 y 183, inciso e.
37. *Ibid.*, artículo 178, primer párrafo.
38. *Ibid.*, segundo párrafo; modificado por el artículo 13 del Acuerdo Legislativo n.º 18-93.
39. *Ibid.*, artículo 179.
40. *Ibid.*, artículos 203, 212 y 219.
41. *Ibid.*, Título IV - Poder Público, Capítulo IV "Organismo Judicial", artículos 203-222.
42. Ley del Organismo Judicial, artículos 74-85.
43. *Ibid.*, artículos 86-93.
44. *Ibid.*, artículos 94-99.
45. *Ibid.*, artículos 101-107.
46. *Ibid.*, artículo 74.
47. *Ibid.*, artículo 75, inciso a.
48. *Ibid.*, artículo 76. Esta Comisión de Postulación está integrada por los Decanos de las Escuelas de Leyes de Guatemala, representantes del Colegio de Abogados y Notarios de la República, y un representante del Organismo Judicial.
49. *Ibid.*
50. *Ibid.*, artículo 101: "Los Juzgados Menores se denominan Juzgados de Paz, a menos que, por su especial naturaleza, la ley o la Corte Suprema les dé distinta denominación".
51. *Ibid.*, artículos 86, 94 y 101. Además, determina la competencia de los juzgados en cuanto a materia y cuantía.
52. Constitución Política, artículo 205, incisos a y b.
53. *Ibid.*, artículo 211. La revisión de los fallos mediante los recursos de apelación.
54. Ley del Organismo Judicial, artículo 57, segundo párrafo.
55. Constitución Política, artículos 203, 212 y 219.
56. *Ibid.*, artículo 18.
57. *Ibid.*
58. *Ibid.*
59. *Ibid.*, artículo 251.
60. *Ibid.*
61. *Ibid.*
62. *Ibid.*, artículo 224.
63. *Ibid.*
64. *Ibid.*, artículo 227.
65. *Ibid.*, artículo 228.
66. *Ibid.*
67. *Ibid.*
68. *Ibid.*, artículo 253.
69. *Ibid.*, artículo 254. El Concejo Municipal está integrado por el alcalde, los síndicos y concejales, elegidos por sufragio universal.
70. *Ibid.*, artículo 254.
71. *Ibid.*, artículo 224.
72. *Ibid.*
73. *Ibid.*
74. *Ibid.*, artículo 225.
75. *Ibid.*
76. *Ibid.*, artículo 226.
77. *Ibid.*
78. *Ibid.*, artículo 175.
79. Ver Ley de Amparo, Exhibición Personal y de Constitucionalidad, Decreto n.º 1-86, del 10 de Marzo de 1989, artículo 115; y Ley del Organismo Judicial, artículo 9.
80. Constitución Política, artículo 175.
81. *Ibid.*, artículo 204.
82. *Ibid.*, artículo 46; Ley de Amparo, Exhibición Personal y de Constitucionalidad, artículo 114; y Ley del Organismo Judicial, artículo 9.
83. Constitución Política, artículo 180.
84. En el sistema jurídico civil romano, el término Jurisprudencia es el "[...]conjunto de sentencias dictadas por los tribunales en relación con determinada materia y cuya reiteración le confiere calidad de fuente interpretativa de la ley, constituyendo como tal precedente de observancia obligatoria[...]" FLORES POLO, Pedro, op.cit., p. 24.
85. Ley del Organismo Judicial, artículo 2.
86. *Ibid.*
87. OFICINA NACIONAL DE LA MUJER (ONAM) Proyecto Mujer y Reformas Jurídicas. *Las Obligaciones Legislativas a favor de las Mujeres, derivadas de los Acuerdos De Paz*. Guatemala, 1997, p. 41. El logro de otras reivindicaciones de la población indígena de Guatemala en los Acuerdos de Paz, tales como el derecho al acceso a la tierra y la vivienda; protección a las familias encabezadas por mujeres, viudas y huérfanos afectados por el conflicto armado; integración productiva de las poblaciones desarraigadas y desarrollo de las áreas de reasentamiento, han sido reconocidos como tales, gracias a la iniciativa de agrupaciones de mujeres en los sectores sindical y popular. Ver también pp. 10-11.
88. Ley del Organismo Judicial, artículo 9.
89. Ley de Amparo, Exhibición Personal y Constitucionalidad, artículo 114.
90. Constitución Política, artículo 183, inciso o.
91. *Ibid.*, inciso k, y artículo 171, inciso l.
92. *Ibid.*
93. El gobierno de Guatemala ha suscrito y ratificado, entre otros, los siguientes instrumentos internacionales de protección de los Derechos Humanos: Convención sobre Derechos Civiles y Políticos (5 de mayo de 1992), Convención sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (19 de mayo de 1988), Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (18 de enero de 1983).

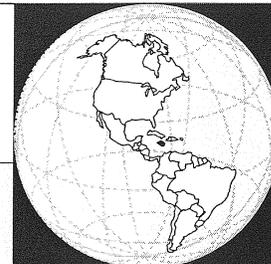
94. Convención sobre los Derechos Políticos de las Mujeres (7 de octubre de 1959), Convención Interamericana sobre Nacionalidad de la Mujer (17 de julio de 1936), Convención Interamericana sobre Concesión de los Derechos Civiles a la Mujer (7 de septiembre de 1951).
95. Ratificada por el gobierno de Guatemala, el 12 de agosto de 1982.
96. Denominada "Convención de Belem do Pará," fue ratificada por el gobierno de Guatemala, el 4 de abril de 1995.
97. Secretaría General de Planificación, *Programa de Gobierno 1996-2000 (Programa de Gobierno)*. Guatemala, junio de 1996 (mimeo); Secretaría General de Planificación Económica, *Plan de Acción de Desarrollo Social, PLADES 1996-2000. (PLADES 1996-2000)*, Guatemala, junio de 1996 (mimeo).
98. *Ibid.*, p.72.
99. GOBIERNO DE GUATEMALA, *Política de Salud 1996-2000*. Guatemala, marzo de 1996, p. 5 (mimeo).
100. *Ibid.*, p. 8.
101. *Ibid.*, p.10.
102. *Ibid.*, p.11.
103. *Programa de Gobierno*, p.71, y *PLADES 1996-2000*, p. 24. Actualmente el porcentaje es de 40 por cada 1.000 nacidos vivos.
104. *Ibid.* La mortalidad materna actualmente es de 24.8 por cada 1.000 nacidos vivos.
105. *Ibid.*, actualmente es de 31%.
106. *Programa de Gobierno*, p. 70.
107. *Ibid.*, p. 67.
108. *Ibid.*
109. Reglamento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y sus Dependencias, Acuerdo Gubernativo n.º 741-84, agosto de 1984; artículo 115.
110. *Ibid.*, artículo 116.
111. *Ibid.*
112. *Ibid.*
113. *Ibid.*
114. *Ibid.*
115. *Programa de Gobierno*, p. 67
116. *Ibid.*
117. *Ibid.*
118. *Ibid.*
119. *Ibid.*
120. *Ibid.*
121. *PLADES 1996-2000*, p. 21.
122. *Programa de Gobierno*, p. 68.
123. *Ibid.*
124. Código de Salud, Decreto n.º 45-79 del 9 de agosto de 1979, artículo 16.
125. *PLADES 1996-2000*, p. 21.
126. *Ibid.*
127. *Ibid.*
128. El Código de Salud es el instrumento legal que contiene normas sanitarias, y normas administrativas aplicables a los servicios de salud en Guatemala.
129. Decreto-Ley n.º 132-85, promulgado el 19 de diciembre de 1985, artículo 1; modifica el artículo 104 del Código de Salud.
130. Código de Salud, artículo 16.
131. *Ibid.*
132. Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, aprobado en Asamblea General del 18 de marzo de 1991.
133. Aprobado por Decreto n.º 17-73.
134. Constitución Política, artículo 90; Ley de Colegiación Profesional Obligatoria, Decreto 62-91, publicada en el Diario de Centro América, el 1 de octubre de 1991, artículo 1; y Código de Salud, artículo 134.
135. Código Deontológico, artículo 2.
136. *Ibid.*, artículo 44.
137. *Ibid.*, artículo 30.
138. *Ibid.*, artículo 36.
139. *Ibid.*, artículo 27.
140. *Ibid.*, artículo 51. Además, ver sección sobre salud reproductiva de los adolescentes.
141. *Ibid.*, artículo 48, inciso e.
142. *Ibid.*, artículo 78. Prohíbe específicamente la esterilización por razones eugenésicas, punitivas, anticoncepcionales o demográficas. Además, ver sección sobre esterilización.
143. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Unidad de Salud Reproductiva. *Plan Operativo 1996 (Plan Operativo)*. Guatemala, 1996, p. 6.
144. Código Deontológico, artículo 81.
145. Código Penal, artículo 137. Además, ver sección sobre aborto.
146. *Ibid.*, artículo 140.
147. *Ibid.*, artículos 307 y 308, inciso 3.
148. Estatutos del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, aprobados por Asamblea General del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, celebrada el 12 de marzo de 1993.
149. Constitución Política, artículo 119, inciso i.
150. *Ibid.*, artículo 96.
151. Estatutos del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, artículo 26, y Reglamento del Tribunal de Honor del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, artículo 2. El Tribunal está conformado por siete miembros titulares: Presidente, Vice-Presidente, Secretario, cuatro vocales y dos miembros suplentes. Son electos en Asamblea General, por mayoría de la mitad más uno del total de votos válidos y por el mismo periodo que los miembros de la Junta Directiva del Colegio.
152. Código Deontológico, artículos 83 y 84.
153. Reglamento del Tribunal de Honor del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, artículo 1.
154. Ley de Colegiación Profesional Obligatoria, artículo 17; y Estatutos del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, artículo 27.
155. Reglamento del Tribunal de Honor del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, artículo 1.
156. Estatutos del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, artículo 38.
157. Código Penal, artículos del 144 al 151.
158. Aprobado por Acuerdo Gubernativo n.º 106-85, del 8 de febrero de 1985.
159. *Ibid.*, artículo 1.
160. *Ibid.*, artículo 3.
161. *Ibid.*, artículo 1.
162. *Ibid.*
163. Informe de la República de Guatemala sobre la Aplicación de las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro, para el Adelanto de las Mujeres. Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz. Julio, 1994 (mimeo). Programa creado en 1989 dentro de la estructura del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
164. Ver nota 143.
165. *Programa de Gobierno*, p. 57.
166. *Ibid.*, p. 56, y *PLADES 1996-2000*, p. 35.
167. *PLADES 1996-2000*, p. 35.
168. *Ibid.*, p. 37.
169. *Programa de Gobierno*, p. 97.
170. Constitución Política, artículo 47.
171. *Ibid.*, artículo 52.
172. *Programa de Gobierno*, p. 46.
173. *Plan Operativo*, p. 3.
174. Informe de la República de Guatemala sobre la Aplicación de las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro, para el Adelanto de las Mujeres. Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz. Julio, 1994 (mimeo), p. 139.
175. *Ibid.*
176. *Ibid.*
177. *Plan Operativo*, p. 2.
178. *Ibid.*
179. *Ibid.*, p. 11.
180. *Ibid.*, p. 12.
181. MIJANGOS, María Eugenia. *Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres*. Noviembre 1996 (mimeo), p. 61.
182. *Plan Operativo*, p. 2.
183. Guatemala cuenta con veinticuatro áreas de salud, correspondientes a cada uno de los departamentos de la República. Reglamento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y sus Dependencias, artículo 117.
184. *Plan Operativo*, p. 4.
185. *Ibid.*
186. *Ibid.*
187. *Ibid.*, p. 2.
188. Código de Salud, artículo 104, modificado por Decreto Ley n.º 132-85, del 19 de diciembre de 1985.
189. *Plan Operativo*, p. 4.
190. "Guatemala 1995: Results from the Demographic and Health Survey". En: *Studies in Family Planning*, Vol. 28, n.º 2, junio 1997, p. 153.

191. *Plan Operativo*, p. 1.
192. "Guatemala 1995: Results from the Demographic and Health Survey", p. 153.
193. *Ibid.*
194. *Plan Operativo*, p. 6.
195. *Ibid.*
196. Código Deontológico, artículo 78.
197. *Plan Operativo*, p. 6.
198. Reglamento del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y sus Dependencias, artículo 45.
199. *Ibid.*, artículo 4.
200. *Ibid.*, artículo 130.
201. *Ibid.*, artículo 45.
202. *Ibid.*, artículo 131.
203. *Ibid.*, artículo 59.
204. *Plan Operativo*, p. 12.
205. *PLADES 1996-2000*, pp. 37, 39 y 40.
206. *Ibid.*, p. 40.
207. *Ibid.*, p. 37.
208. *Ibid.*, pp. 13 y 17.
209. *Plan Operativo*, p. 6.
210. Código Deontológico, artículo 78.
211. *Ibid.*, ver también artículo 79.
212. *Ibid.*
213. MIJANGOS, María Eugenia, op.cit., p. 69.
214. Código Penal, artículo 145: "Quien de propósito castrare o esterilizare, dejare ciego o mutilare a otra persona, será sancionado con prisión de cinco a doce años."
- 21.5 Constitución Política, artículo 3.
216. La Constitución tiene el nivel más alto en el sistema jerárquico de normas en Guatemala; en consecuencia, ninguna ley o norma de inferior jerarquía puede contradecir los principios normativos establecidos por la Constitución. Ver sección sobre estructura del gobierno nacional.
217. Código Penal, artículo 133 y siguientes. El código define el aborto como: "... la muerte del producto de la concepción en cualquier momento de la preñez" (art.133).
218. *Ibid.*, artículo 137.
219. *Ibid.*, artículo 134.
220. *Ibid.*, artículo 135.
221. *Ibid.*, artículo 138.
222. *Plan Operativo*, p. 1.
223. *Ibid.* Para información general sobre los programas y actividades de la unidad, remitirse a la sección sobre Objetivos de la Política en Salud.
224. *Ibid.*
225. Código Penal, artículo 137.
226. *Ibid.*
227. *Ibid.*
228. *Ibid.*
229. *Ibid.*, artículo 134.
230. *Ibid.* Este atenuante se refiere a alteraciones que las mujeres pudieran sufrir debido a su estado de gestación.
231. *Ibid.*
232. *Ibid.*, artículo 135, inciso 1.
233. *Ibid.*, inciso 2.
234. *Ibid.*, último párrafo.
235. *Ibid.*, artículo 136.
236. *Ibid.*
237. *Ibid.*, artículo 140.
238. *Ibid.*
239. *Ibid.*
240. *Ibid.*, artículo 14: "Hay tentativa cuando, con el fin de cometer un delito, se comienza su ejecución por actos exteriores idóneos y no se consuma por causas independientes de la voluntad del agente".
241. *Ibid.*, artículo 12: "El delito es culposo con ocasión de acciones u omisiones lícitas, se causa un mal por imprudencia, negligencia o impericia".
242. *Ibid.*, artículo 139.
243. MSPAS. Dirección General de Servicios de Salud. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA. *Manual de Consejería en VIH/SIDA/ETS para profesionales de Salud*. Guatemala, C.A., 1996, p. 3.
244. *Ibid.*
245. *Ibid.*
246. MSPAS. Dirección General de Servicios de Salud. Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA. *Enfoque Sintórmico de las Enfermedades de Transmisión Sexual*. Guatemala, C.A., 1996, p. 1.
247. *Ibid.*
248. MSPAS, Dirección General de Servicios de Salud. Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA. *Normas, Principios y Recomendaciones para la Prevención y Control de la Infección VIH/SIDA*. Guatemala, C.A., 1996, p. 17.
249. *Ibid.*, p. 16.
250. *Ibid.*, p. 17.
251. *Ibid.*, p. 18.
252. *Ibid.*, p. 17.
253. Código Penal, artículo 151.
254. *Ibid.*
255. Acuerdo Gubernativo n.º 119-87, del 23 de diciembre de 1987, artículo 1.
256. *Ibid.*, artículo 2.
257. *Ibid.*, artículo 3.
258. Reglamento General de la Comisión Nacional para la Vigilancia y Control del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA); Acuerdo n.º S/P-M-38-90, del 10 de octubre de 1990; Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA, artículo 1.
259. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud. Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA. *Plan Nacional de Acción para la prevención y Control del VIH/SIDA*. Guatemala, 1996.
260. *Ibid.*, p.2.
261. *Ibid.*, p.3.
262. *Ibid.*
263. *Ibid.*
264. Entre los folletos editados encontramos: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud. Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA. *Normas de Vigilancia Epidemiológica de las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)*. Guatemala, C.A., 1996; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud. Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA. *Enfoque Sintórmico de las Enfermedades de Transmisión Sexual*. Guatemala, C.A., 1996; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud. Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA. *Manual de Consejería en VIH/SIDA/ETS para Personal de Salud*. Guatemala, C.A., 1996; Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud. Programa Nacional de Prevención y Control del SIDA. *Normas, Principios y Recomendaciones para la Prevención y Control de la Infección VIH/SIDA*. Guatemala, C.A., 1996; y Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General de Servicios de Salud. División de Vigilancia y Control de Enfermedades. Departamento de Enfermedades Transmisibles. *Conozca cómo se transmiten las Enfermedades Venéreas incluyendo el SIDA*. Guatemala, C.A., 1996.
265. Constitución Política, artículo 4.
266. *Ibid.*
267. Sobre derechos civiles y políticos, Guatemala ha suscrito: la Convención sobre los Derechos Políticos de las Mujeres (ratificada el 7 de octubre de 1959) y la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (ratificada el 12 de agosto de 1982). A nivel regional, Guatemala forma parte de: la Convención Interamericana sobre Nacionalidad de la Mujer (17 de julio de 1936) y la Convención Interamericana sobre Concesión de los Derechos Civiles a la Mujer (7 de septiembre de 1951).
268. Constitución Política, artículo 47.
269. *Ibid.*
270. Código Civil, aprobado por Decreto Ley n.º 106, del 14 de septiembre de 1963, artículo 79.
271. *Ibid.*, artículo 109.
272. *Ibid.*, artículo 108.
273. *Ibid.*, artículo 109.
274. *Ibid.*, artículo 110.
275. *Ibid.*
276. *Ibid.*, artículo 113.
277. *Ibid.*, artículo 114.
278. *Ibid.*, artículo 117. Pactos o acuerdos celebrados entre los cónyuges y que determinan el régimen económico que regulará el patrimonio matrimonial.
279. *Ibid.*, artículo 116.
280. *Ibid.*, artículo 122: "[...] todos los bienes aportados al matrimonio por los contrayentes o adquiridos durante el mismo, pertenecen al patrimonio conyugal y se dividirán por mitad al disolverse el matrimonio".

281. *Ibid.*, artículo 123: "[...] cada cónyuge conserva la propiedad y administración de los bienes que le pertenecen y será dueño exclusivo de los frutos, productos y accesorios de los mismos. Serán también propios de cada uno de los cónyuges los salarios, sueldos, emolumentos y ganancias que obtuviere por servicios personales o en el ejercicio del comercio o industria".
282. *Ibid.*, artículo 124: "[...]el marido y la mujer conservan la propiedad de los bienes que tenían al contraer el matrimonio y de los que adquirieran durante él, por título gratuito o con el valor de unos y otros; pero harán suyos por mitad, al disolverse el patrimonio conyugal, [...] los frutos de los bienes propios de cada cónyuge; [...] los que se compren o permuten con esos frutos; y [...] los que adquiera cada cónyuge con su trabajo, empleo, profesión o industria".
283. *Ibid.*, artículo 126.
284. *Ibid.*, artículo 89, inciso 3.
285. *Ibid.*, artículo 81. Mayor información sobre este punto en el capítulo "Adolescentes: Situación Legal y Derechos Reproductivos".
286. Código Penal, artículo 226.
287. *Ibid.*
288. Fallo de la Corte de Constitucionalidad de Guatemala de fecha 5 de marzo de 1996, sobre el expediente n.º 936-95.
289. Código Penal, artículo 232 (DEROGADO)
290. *Ibid.*
291. *Ibid.*, artículo 235 (DEROGADO)
292. Fallo de la Corte Constitucional, Expediente n.º 936-95, expedida el 7 de marzo de 1996. En: CENTRO PARA ACCIÓN LEGAL EN DERECHOS HUMANOS, Documento Informativo, Guatemala, 1996, p.iii.
293. Constitución Política, artículo 48.
294. Ver sección anterior para mayor detalle sobre los impedimentos para contraer matrimonio.
295. Código Civil, artículo 173.
296. *Ibid.* Las autoridades pertinentes son el Alcalde Distrital o un Notario Público.
297. *Ibid.*, artículo 175.
298. *Ibid.* En Guatemala, también es posible solicitar el reconocimiento judicial de las uniones de hecho cuando existe oposición de una de las partes o por muerte de la pareja.
299. *Ibid.*, artículo 182, inciso 1. Los hijos nacidos después de 180 días de la fecha fijada como inicio de la unión de hecho, y los nacidos dentro de los 300 días siguientes a la fecha en que la unión cesó, también se presumen hijos del varón con el que la madre estuvo unida. Contra esta presunción se admite prueba en contrario.
300. *Ibid.*, inciso 2. Se excluyen los bienes adquiridos por uno solo de ellos a título gratuito o por permuta con otro bien de su exclusiva propiedad.
301. *Ibid.*, inciso 3.
302. *Ibid.*, inciso 5.
303. *Ibid.*, artículo 183.
304. *Ibid.*, artículo 184.
305. *Ibid.*, artículo 89, inciso 3.
306. *Ibid.*, artículo 153.
307. *Ibid.*, artículo 154, inciso 1.
308. *Ibid.*, inciso 2.
309. *Ibid.*, artículo 155.
310. *Ibid.* También son causas de separación o divorcio: la disipación de la hacienda doméstica; el uso indebido de estupefacientes y los hábitos de juego o embriaguez que vayan en contra de la armonía familiar; las denuncias o acusaciones calumniosas de un cónyuge contra el otro; la condena de uno de los cónyuges a prisión mayor de cinco años; la enfermedad mental incurable de alguno de los cónyuges que sea suficiente para declarar la interdicción civil; y la separación de personas declaradas en sentencia firme.
311. *Ibid.*, artículos 159, inciso 1, 163 y 170.
312. *Ibid.*, inciso 2.
313. *Ibid.*, artículo 169. El varón gozará del mismo derecho solo cuando se encuentre imposibilitado de trabajar y no contraiga nuevo matrimonio.
314. *Ibid.*, artículo 159, inciso 3.
315. *Ibid.*, artículo 162.
316. *Ibid.*
317. Constitución Política, artículo 39.
318. Código Civil, artículo 131.
319. *Ibid.*, artículo 132.
320. *Ibid.*, artículos 115 y 133.
321. *Ibid.*, artículo 131.
322. *Ibid.*, artículo 1070.
323. Constitución Política, artículo 101.
324. *Ibid.*, artículo 102, inciso k.
325. *Ibid.*
326. Convenio n.º 100 de la Organización Internacional de Trabajo. Convenio sobre la Igualdad de Remuneración, ratificado por el gobierno de Guatemala el 2 de agosto de 1961.
327. Convenio n.º 111 de la Organización Internacional de Trabajo. Convenio sobre la Discriminación (Empleo y Ocupación). Ratificado por el gobierno de Guatemala el 11 de octubre de 1961.
328. Convenio n.º 156 de la Organización Internacional de Trabajo. Convenio sobre los Trabajadores con Responsabilidades Familiares. Ratificado por el gobierno de Guatemala el 6 de enero de 1994.
329. Código de Trabajo, Decreto n.º 1441, de fecha 16 de agosto de 1961.
330. *Ibid.*, artículo 151, incisos a, b y c.
331. *Ibid.*, inciso e.
332. *Ibid.*, artículo 152, primer párrafo.
333. *Ibid.*, inciso f.
334. Constitución Política, artículo 102, inciso k, y Código de Trabajo, artículo 153.
335. Código Civil, artículos 109 y 131.
336. MIJANGOS, María Eugenia, op.cit., p. 50.
337. Constitución Política, artículo 71.
338. *Ibid.*, artículo 74.
339. *PLADES 1996-2000*, p. 3.
340. *Ibid.*
341. *Ibid.*
342. Constitución Política, artículo 74.
343. *Ibid.*, artículo 76.
344. *PLADES 1996-2000*, p. 33.
345. *Ibid.*, p.34.
346. MIJANGOS, María Eugenia, op.cit., p. 56.
347. *Ibid.*
348. *Proyecto de Ley Orgánica del Instituto Nacional de la Mujer - INAM*. Exposición de Motivos, Guatemala, CA., p. 4.
349. *Ibid.*
350. *Ibid.*, p. 5 (hasta la fecha de publicación de este documento, julio de 1997, el proyecto de ley no había sido aprobado por el Congreso de Guatemala).
351. *Ibid.*, p. 26. Este instituto tiene entre sus objetivos principales impulsar la plena participación de las mujeres en el desarrollo del país, promover la igualdad real con equidad entre hombres y mujeres, y fortalecer los esfuerzos institucionales e individuales de los sectores gubernamentales y no gubernamentales en todo lo referente al mejoramiento de la situación de la mujer en la sociedad.
352. Creada por Acuerdo n.º 6-5-91, emitido por la Procuraduría de Derechos Humanos, el 2 de mayo de 1991.
353. *Ibid.*
354. Ley Orgánica del Ministerio Público, Decreto n.º 40-94.
355. Acuerdo n.º 69-96, artículos 7 y 17.
356. *Ibid.*, artículo 7.
357. Constitución Política, artículo 3.
358. Código Penal, Libro II, Título III, Capítulo I.
359. *Ibid.*, artículo 173.
360. *Ibid.*
361. *Ibid.*
362. *Ibid.*, artículo 174.
363. *Ibid.*, inciso 1.
364. *Ibid.*, inciso 2.
365. *Ibid.*, inciso 3.
366. *Ibid.*, artículo 175.
367. *Ibid.*, último párrafo. Mayor información sobre violación de menores y adolescentes, en la sección sobre adolescentes.
368. *Ibid.*, artículo 181.
369. *Ibid.*
370. *Ibid.*, artículos del 191 al 192. Son considerados delitos contra el pudor: el *proxenetismo* (promover, facilitar o favorecer la prostitución, sin distinción de sexo); la *rufianería* (vivir en todo o en parte a expensas de persona o personas que ejerzan la prostitución); la *trata de personas* (promover, facilitar o favorecer la entrada o salida del país de mujeres para que ejerzan la prostitución); las *exhibiciones obscenas*; y las *publicaciones y espectáculos obscenos*.
371. *Ibid.*
372. *Ibid.*, artículo 200.

373. Periódico "La Hora", (visitado el 20 de julio de 1997). <<http://www.lahora.com.gt/08/10/1996/pgs/naci1.htm>>
374. Ibid.
375. Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar (Ley de Violencia Intrafamiliar), promulgada por Decreto n.º 97-96, de fecha 24 de octubre de 1996.
376. Ibid., artículo 1.
377. Ibid.
378. Ibid., artículo 7.
379. Ibid., artículo 2.
380. Ibid., artículo 10.
381. Ibid., artículo 6.
382. Ibid., artículo 13.
383. Asociación Pro-Familia (APROFAM). *Calendario Demográfico 1997*. Guatemala, 1996 (mimeo), p. 4.
384. La Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, considera niño a todo ser humano menor de dieciocho años. Fue ratificada por el gobierno de Guatemala el 6 de junio de 1990.
385. *PLADES 1996-2000*, p. 41.
386. Ibid., p. 40. "El problema de la prostitución ha aumentado en forma alarmante en los últimos años, siendo mayormente afectadas las niñas menores de quince años".
387. Ibid., p. 42.
388. Ibid.
389. Código Deontológico del Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala, artículo 27.
390. *PLADES 1996-2000*, p. 36.
391. Ibid., p. 40.
392. Ibid. (hasta julio de 1997, el nuevo Código del Niño, Niña y Adolescente no había sido aprobado por el Congreso de Guatemala).
393. Código Civil, artículo 81.
394. Ibid., artículo 8.
395. Ibid., artículo 81.
396. Ibid., artículo 82.
397. Ibid., artículo 83.
398. Ibid., artículo 84.
399. Código Penal, artículo 173, inciso 3.
400. Ibid.
401. Ibid., artículo 173.
402. Ibid., artículo 174, inciso 3.
403. Ibid., artículo 175, último párrafo.
404. Ibid., artículos 176 y 177.
405. Ibid.
406. Ibid., artículo 178.
407. Ibid., artículos 176 y 177.
408. Ibid., artículo 200.
409. Ibid., Libro II, Título III, Capítulo V.
410. Código Civil, artículo 8.
411. Ibid., artículo 188.
412. Ibid., artículo 189.
413. Constitución Política, artículo 72.
414. Ibid., artículo 73.
415. Ibid.
416. *PLADES 1996-2000*, p. 32.
417. Ibid., pp. 36 y 37.

Jamaica



Estadísticas

GENERAL

Población

- Jamaica tiene una población de cerca de 2,5 millones de habitantes,¹ de los cuales algo más de la mitad son mujeres.² La tasa de crecimiento es de 0,9% por año.³
- Alrededor de un tercio de la población es menor de 15 años.⁴
- En 1994, cerca del 55% de la población residía en áreas urbanas y la tasa media de crecimiento anual de la población urbana entre 1990-1994 fue del 2,1%.⁵

Territorio

- Jamaica tiene un área de 4.244 kilómetros cuadrados.⁶

Economía

- En 1994, el Banco Mundial calculó que el Producto Nacional Bruto (PNB) *per cápita* en Jamaica fue de US\$1.540 (dólares americanos).⁷
- Entre 1990 y 1994, el producto interior bruto ("PIB") creció a una tasa estimada del 3,5% anual.⁸
- En los años 1992 y 1993, el gobierno invirtió aproximadamente el 6% de su PIB en salud,⁹ comparado con la inversión en salud de los EE.UU de alrededor del 12,7% de su PIB en 1990.¹⁰

Empleo

- En 1993, había 1,3 millones de personas empleadas en Jamaica.¹¹ Las mujeres representan el 45% de la fuerza de trabajo total.¹²
- En 1992, la tasa de desempleo femenino en Jamaica era del 22,8% y la tasa total de desempleo del 15,7%.¹³

SITUACIÓN DE LA MUJER

- El promedio de esperanza de vida de las mujeres es de 76,8 años, en comparación con el de los hombres que es de 72,4 años.¹⁴
- El porcentaje de mujeres que acuden a la escuela secundaria en Jamaica es bastante más elevado que el de los hombres. Mientras que el analfabetismo entre los hombres representa el 19%, el de las mujeres es de sólo el 11%.¹⁵
- El 42% de las mujeres jamaicanas son las cabezas de familia.¹⁶
- En 1992, se denunciaron 1.108 violaciones sexuales a la policía y el Centro Cristiano de Mujeres creado en 1995 en Kingston, registró en 1991 alrededor de 2.000 llamadas telefónicas y visitas a la oficina relacionados con incidentes de violación sexual, incesto, violencia familiar, crisis familiares o peticiones de acogida.¹⁷

ADOLESCENTES

- Aunque el promedio de edad del primer matrimonio de las mujeres jamaicanas se calculó hace muy poco tiempo en 29,7 años,¹⁸ una encuesta de 1988 sobre las mujeres jamaicanas de edades comprendidas entre los 14 y los 24 años reveló una edad media de iniciación al sexo de 16,9 años.¹⁹
- Alrededor de un tercio de todos los nacimientos provienen de mujeres adolescentes.²⁰

SALUD MATERNA

- Entre 1990 y 1995 la Tasa Total de Fecundidad (TTF) fue de 2,4 hijos por mujer, cifra que ha disminuido de la cantidad de 5 hijos por mujer entre 1970 y 1975.²¹
- La tasa de mortalidad materna en 1990 se calculó en 115 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.²²
- La tasa de mortalidad infantil es de 12 por cada 1.000 nacidos vivos.²³ En 1993, la tasa de mortalidad de los menores de cinco años era de 17 por cada 1.000 nacidos vivos.²⁴

- El 92% de los partos fueron atendidos por profesionales cualificados.²⁵ Mientras que el 75% de las madres tuvieron acceso a atención prenatal en los años 80, en 1990 el porcentaje de mujeres disminuyó por debajo del 70%. Pero la proporción de mujeres que tuvieron acceso a los servicios post-parto se incrementó de 37% en 1981 a 67% en 1991.²⁶
- En 1985, el ochenta y cuatro por ciento de todos los partos fueron de mujeres no casadas.²⁷ El porcentaje de ilegitimidad de Kingston fue del 89% en 1981 y el porcentaje nacional de nacimientos producidos fuera del matrimonio ha sido de más del 60% durante todo el siglo XX.²⁸

ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO

- El 67% de las mujeres jamaicanas utiliza algún método anticonceptivo y el 64% utiliza un método moderno de anticoncepción.²⁹
- Dado que el aborto está penalizado en la mayoría de los casos, resulta difícil obtener información sobre su prevalencia en Jamaica. Se calcula que en la década de los 70 hubo entre 10000 y 20000 abortos ilegales y que el 20% de todas las camas ginecológicas en los hospitales jamaicanos fueron ocupadas por pacientes que sufrían los efectos de un aborto ilegal. El siete y medio por cien de todas las muertes maternas se atribuyeron al aborto séptico.³⁰

VIH/SIDA Y ETS

- Desde 1982 hasta 1996, se han declarado 2.060 casos de SIDA en Jamaica. En 1996 se declararon 129 nuevos casos. De ellos, 206 eran mujeres.³¹
- El contagio del virus VIH se produce fundamentalmente en las relaciones heterosexuales.³²
- La incidencia de ETS es elevada con 5.125 casos de gonorrea, 2.414 casos de sífilis y 7.455 casos de chlamydia declarados en 1995.³³

NOTAS FINALES

- 1.FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA LA POBLACIÓN, EL ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL: *El Derecho a Elegir: Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva* 72 (1997) [en adelante EL ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 1997].
- 2.COMISIÓN NACIONAL PREPARATORIA DE JAMAICA, *Informe Nacional sobre la Situación de la Mujer en Jamaica, Preparado para la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China: 15 de Septiembre de 1995* (1994) [en adelante INFORME NACIONAL]. Estas estadísticas son de 1992.
- 3.EL ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 1997, ver nota 1, p. 72.
- 4.INFORME NACIONAL, ver nota 2, p. 15, párrafo 1.3.
- 5.BANCO MUNDIAL, *Informe del Desarrollo Mundial 1996: de la Planificación al Mercado 204* (1996) [en adelante INFORME DEL DESARROLLO MUNDIAL 1996].
- 6.WORLD ALMANAC BOOKS, *The World Almanac and Book of Facts 1997*, p. 787 (1996-7) [en adelante WORLD ALMANAC].
- 7.Ibid., p. 188.
- 8.Ibid., p. 208.
- 9.INFORME NACIONAL, ver nota 2, p. 53, párrafo 6.418.
- 10.BANCO MUNDIAL, INFORME DEL DESARROLLO MUNDIAL 1993: *Inversión en Salud: Índices del Desarrollo Mundial 211* (1993).
- 11.BANCO MUNDIAL, TABLAS MUNDIALES. 379 (1995).
- 12.INFORME DEL DESARROLLO MUNDIAL 1996, ver nota 5, p. 194.
- 13.INFORME NACIONAL, ver nota 2, p. 58, tabla 6.4.
- 14.EL ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 1997, ver nota 1, p. 69.
- 15.INFORME DEL DESARROLLO MUNDIAL 1996, ver nota 5, p. 200.
- 16.INFORME NACIONAL, ver nota 2, p. 6, párrafo 3.9a.
- 17.Ibid., p. 69.
- 18.NACIONES UNIDAS, MUJERES DEL MUNDO 1995: *Tendencias y Estadísticas 35* (1995) [en adelante MUJERES DEL MUNDO 1995]. Esta estadística es de principios de la década de los 80.
- 19.INFORME NACIONAL, ver nota 2, p. 50, párrafo 6.48.
- 20.Ibid.
- 21.MUJERES DEL MUNDO 1995, ver nota 17, p. 30.
- 22.Ibid., p. 86.
- 23.EL ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 1997, ver nota 1, p. 69.
- 24.BANCO MUNDIAL, *Informe del Desarrollo Mundial 1995: Trabajadores en un Mundo en Integración 214* (1995).
- 25.EL ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 1997, ver nota 1, p. 72.
- 26.INFORME NACIONAL, nota superior 2, p. 50, párrafo 6.47.

27.MUJERES DEL MUNDO, ver nota 17, p. 19.

28.SUZANNE LAFONT, *La Aparición de una Tradición Jurídica Afrocaribeña: Relaciones de Género y Tribunales de Familia en Kingston, JAMAICA* 30 (1996).

29.MUJERES DEL MUNDO, ver nota 17, p. 86.

30.NACIONES UNIDAS, *Políticas de Aborto: Un Informe Global, Tomo II, desde Gabón a Noruega 78* (1993).

31.EL SIDA CUESTA J\$50M, THE GLEANER, 7 de febrero de 1997, p. 1.

32.INFORME NACIONAL, ver nota 2, p. 54, párrafo 6.5.3.

33.INSTITUTO DE PLANIFICACIÓN JAMAICANO, *Encuesta Económica y Social 22.8* (1985).

Jamaica es una isla caribeña de un área de 4244 kilómetros cuadrados¹ que tiene una población de alrededor de 2,5 millones de habitantes.² Aunque es un país multirracial, la mayoría de su población (76%) es de ascendencia africana. El 15% de su población es afroeuropea y además existen pequeñas minorías originarias del Reino Unido, India, China, Siria, Portugal y Alemania.³ Es un país predominantemente cristiano. A pesar de que el 56% de la población es protestante,⁴ tiene iglesias de todas las confesiones, así como pequeñas minorías judías, musulmanas e hindúes.⁵

Jamaica obtuvo la independencia en 1962, tras más de trescientos años de dominio colonial británico.⁶ Es una democracia parlamentaria constitucional y miembro de la Comunidad Británica de Naciones. La Reina Isabel II es jefe de estado nominal, y está representada por el gobernador general Howard Cooke, quien ocupa el cargo desde 1991.⁷ Desde que se instauraron elecciones libres en virtud del sufragio universal de 1944, dos partidos políticos han alternado en el poder; en 1995 se creó un tercer partido de importancia.⁸

I. Sentando las Bases: el Marco Legal y Político

Para entender las diversas leyes y políticas que afectan a los derechos reproductivos de las mujeres en Jamaica, se hace necesario analizar los sistemas político y jurídico del país. Sin estos antecedentes, resulta difícil definir el proceso mediante el cual se promulgan, interpretan, modifican y recusan las leyes. La aprobación y la aplicación de la ley a menudo supone la realización de procedimientos formales específicos. La aplicación de políticas, por otra parte, no suele estar sujeta a un proceso de estas características.

A. ESTRUCTURA DEL GOBIERNO NACIONAL

El sistema de gobierno vigente en Jamaica es la monarquía parlamentaria democrática. El Jefe del Estado es la Reina Isabel II, cabeza del *Commonwealth* [nombre que se da a las naciones libremente asociadas a Gran Bretaña y que reconocen a la Corona Británica como su autoridad]. Su representante en Jamaica es el gobernador general, que es designado por la Reina y ocupa el cargo durante el tiempo que establezca la Reina.⁹ Los tres poderes del gobierno son: el ejecutivo,¹⁰ el legislativo¹¹ y el poder judicial.¹²

Poder Ejecutivo

La autoridad ejecutiva en Jamaica está conferida formalmente a la Reina y ha de ser ejercida en su nombre por el gobernador general.¹³ En la práctica, son el primer ministro y el gabinete quienes ejercen el control ejecutivo sobre la administración.¹⁴ El gabinete, compuesto por el primer

ministro y como mínimo por once ministros diferentes, es el principal instrumento de ejecución de las políticas en Jamaica. Se ocupa de la dirección y el control generales del gobierno y su responsabilidad ante el Parlamento es conjunta.¹⁵

El gobernador general elige al primer ministro de entre los miembros de la Cámara de Representantes, elegidos todos por sufragio. El gobernador general designa a la persona que, a su juicio, sea la más capaz de disponer de la confianza de la mayoría de los miembros de la Cámara.¹⁶ Sin embargo, en la práctica está obligado a elegir al jefe del partido que gane la mayoría de los escaños en el Parlamento.¹⁷ El gobernador general designa asimismo a los demás ministros de estado asesorado por el primer ministro.¹⁸ El gobernador general, en consulta con el primer ministro, designa al fiscal general del estado, que es el principal asesor legal del gobierno de Jamaica.¹⁹ El director general del servicio de acusación pública, que tiene la facultad de instruir y entablar los procedimientos penales, es designado por el gobernador general con el asesoramiento de la Comisión de Servicio Público.²⁰

El gobernador general en consulta con el primer ministro designa a los seis miembros integrantes del Consejo Privado de la Soberana, cuya función principal consiste en realizar recomendaciones al gobernador general respecto a su prerrogativa de clemencia. Esta prerrogativa faculta al gobernador general a indultar a las personas que hayan sido condenadas por delitos, conceder la suspensión temporal o indefinida de las condenas penales, reducir las penas impuestas o perdonar parte o toda la sentencia.²¹ Los miembros del Consejo Privado de la Soberana desempeñan su cargo durante un máximo de tres años.²² El gobernador general convoca al Consejo Privado de la Soberana²³ y, siempre que sea factible, asiste a sus reuniones y las preside.²⁴

Aparte de las facultades mencionadas, el gobernador general tiene escaso poder ejecutivo. Sus facultades en asuntos exteriores sólo son ejercitables a instancias del ministro de exteriores.²⁵ Aunque el gobernador general tiene la autoridad formal para disolver el Parlamento y para realizar nombramientos en los organismos judiciales de investigación y en los puestos legislativos y ministeriales, en la práctica su papel real consiste en conceder su aprobación formal a las decisiones del primer ministro y demás ministros del gobierno.²⁶

El Primer ministro supervisa el reparto de cargos ministeriales y tiene la facultad de aconsejar la suspensión temporal o disolución del Parlamento. Por consiguiente, el Primer ministro puede ejercer un control sobre la fecha escogida para las elecciones generales.²⁷ Aunque la Cámara de Representantes puede decidir que el nombramiento del primer ministro sea revocado, éste puede impedir la adopción de dicha decisión mediante la petición al gobernador general de que

disuelva el Parlamento.²⁸ El Primer ministro, en consulta con el jefe de la oposición, designa al presidente del Tribunal Supremo y al presidente del Tribunal de Apelación, así como a los miembros de las Comisiones de Servicio que supervisan a los funcionarios y sirven para aislar al servicio público de las influencias políticas y de la presión de los partidos.²⁹ La Ley de Defensa de 1962 confiere al primer ministro el derecho a dictar órdenes al Jefe de Personal de la Fuerza de Defensa Jamaicana "con el fin de mantener y garantizar la seguridad y el orden públicos".³⁰

Poder Legislativo

El Parlamento de Jamaica está compuesto por el gobernador general que representa a la Reina, el Senado y la Cámara de Representantes.³¹ El gobernador general designa a 13 de los 21 miembros del Senado de acuerdo con las indicaciones del primer ministro, y a los ocho restantes miembros a propuesta del jefe de la oposición.³² El Decreto de Circunscripciones (Límites) Electorales de 1959 dividió a Jamaica en 45 circunscripciones, cada una de las cuales elige a un miembro de la Cámara de Representantes.³³ El Decreto Ley (Constitución) de Jamaica de 1962 (la "Constitución Jamaicana")³⁴ permite al gobernador general incrementar el número de circunscripciones a un máximo de 60.³⁵

El Parlamento elabora leyes "para la paz, el orden y el buen gobierno de Jamaica".³⁶ El Parlamento es elegido por cinco años,³⁷ aunque el gobernador general puede disolverlo en cualquier momento de acuerdo con lo que aconseje el primer ministro.³⁸ La vida del Parlamento puede asimismo ser alargada durante dos años más en tiempo de guerra.³⁹ Los miembros de la Cámara de Representantes así como los del Senado por lo general ocupan su escaño durante todo el período parlamentario.⁴⁰ Las elecciones generales de los miembros de la Cámara de Representantes deben celebrarse en los tres meses siguientes a la disolución del Parlamento.⁴¹

Poder Judicial

En la mayoría de los sistemas jurídicos de derecho común, incluida Jamaica, los tribunales elaboran e interpretan la ley. El sistema judicial puede tener un impacto significativo sobre la normativa, incluidas las leyes que afectan a los derechos reproductivos, ya que puede aplicar la ley y fallar sobre las demandas de los particulares que cuestionan la constitucionalidad de leyes concretas. Aunque la Constitución Jamaicana no acepta expresamente la doctrina de la separación de poderes, según la tradición de derecho común, un principio básico de la ley constitucional jamaicana es que los órganos judiciales no deben estar sometidos al control ni a las indicaciones de los otros dos poderes del gobierno.⁴²

La Constitución Jamaicana establece dos tribunales

superiores separados, el Tribunal de Apelación y el Tribunal Supremo de la Judicatura (el "Tribunal Supremo").⁴³ No instituye un sistema de tribunales inferiores. Las leyes parlamentarias independientes, como la Ley de la Judicatura (Magistrados Residentes) de 1928 (la "Ley de Magistrados Residentes")⁴⁴ y la Ley de la Judicatura (Tribunal de Familia) de 1975 (la "Ley del Tribunal de Familia")⁴⁵ establecieron el sistema de tribunales inferiores. La Constitución Jamaicana faculta al Tribunal de Apelación para conocer de los recursos de apelación civiles y penales provenientes del Tribunal Supremo y de los Tribunales de Magistrados Residentes.⁴⁶ También conoce de los recursos de apelación de los fallos por procedimientos por desacato.⁴⁷

El tribunal de apelación de última instancia en Jamaica es el Consejo de su Majestad.⁴⁸ Los recursos de apelación ante el Consejo de su Majestad pueden plantearse de derecho⁴⁹ por decisiones del Tribunal de Apelación jamaicano o con la autorización del Tribunal de Apelación.⁵⁰ Los recursos de apelación pueden plantearse de derecho por decisiones del Tribunal de Apelación cuando el asunto en litigio comprenda una cantidad de al menos J\$1.000 dólares jamaicanos (aproximadamente US\$30 dólares americanos);⁵¹ demandas o cuestiones relativas a la propiedad; o bien resoluciones judiciales firmes en cualquier procedimiento civil,⁵² incluidos los de disolución del matrimonio⁵³ y aquellos relacionados con la interpretación de la Constitución de Jamaica.⁵⁴ Los recursos de apelación con la autorización del Tribunal de Apelación o de la Reina se plantean en casos más limitados. Cuando el Tribunal de Apelación considere que, aunque no exista un derecho de apelación establecido constitucionalmente, se trata de un asunto de tal interés público o general que ha de ser sometido a la Reina para su resolución, el Tribunal de Apelación puede remitir el caso al Consejo de su Majestad.⁵⁵

El Tribunal Supremo, creado en 1880, fue declarado "el Tribunal Supremo a efectos de la Constitución (Jamaicana)".⁵⁶ Su jurisdicción en asuntos penales y civiles es ilimitada. La jurisdicción civil del tribunal abarca el derecho común, la equidad, el derecho de familia, la quiebra y los asuntos de derecho marítimo.⁵⁷ El Presidente del Tribunal Supremo, un juez asesor de la más alta categoría y otros jueces asesores (denominados "jueces de carrera") presiden este tribunal.⁵⁸ Por debajo del Tribunal Supremo se encuentran los Tribunales de Magistrados Residentes. Estos últimos fueron creados por ley parlamentaria y su jurisdicción deriva por tanto de la ley y no de la autoridad constitucional.⁵⁹ Son tribunales inferiores de autos procesales con amplias competencias en las demandas de derecho común, los casos relativos a bienes raíces, las acciones en equidad, la sucesión y su administración y la quiebra.⁶⁰ Hay un tribunal de estas características en cada uno de los catorce

distritos.⁶¹ Los Tribunales de Familia y de Tráfico están bajo la jurisdicción de los Tribunales de Magistrados Residentes. La jurisdicción de los Tribunales de Familia concurre con la del Tribunal Supremo en temas relativos a la paternidad, manutención y custodia de los hijos. También presiden los casos de adopción.⁶² La Ley de Violencia Familiar de 1995 (“Ley de Violencia Familiar”)⁶³ ha ampliado la jurisdicción de los Tribunales de Familia y de los Tribunales de Magistrados Residentes mediante la concesión de una única jurisdicción para tratar todas las peticiones de autos de protección, ocupación y auxiliares que se pueden obtener a tenor de la ley.⁶⁴

B. ESTRUCTURA DE GOBIERNO DE LAS DIVISIONES TERRITORIALES

Jamaica está dividida en catorce distritos administrativos denominados parroquias. Cada distrito dispone de su propio Consejo de Distrito con miembros electos. Sin embargo, los distritos de Kingston y de San Andrés están constituidos bajo un único Consejo de Distrito, conocido como la Corporación Kingston y San Andrés.⁶⁵ Los Consejos de Distrito funcionan como órganos administrativos locales, aunque el ámbito de su autoridad es limitado.⁶⁶ Estos Consejos son corporaciones y tienen capacidad para celebrar contratos, demandar y ser demandados y adquirir, poseer y enajenar bienes muebles e inmuebles.⁶⁷ Están encabezados por un alcalde y compuestos de consejeros de distrito elegidos en las elecciones generales de consejeros que se convocan cada tres años.⁶⁸ Los Consejos de Distrito prestan servicios en las áreas de saneamiento y salud pública; suministro de agua; prestaciones a los pobres; mantenimiento de las carreteras secundarias y alumbrado; regulación de mercados y mataderos; servicios contra incendios; mantenimiento de cementerios y regulación de la urbanización de la propiedad privada.⁶⁹

C. FUENTES DEL DERECHO

Fuentes nacionales

Las leyes que determinan la situación jurídica de la mujer, incluidos sus derechos reproductivos, derivan de diversas fuentes. Dada su condición de antigua colonia británica, el sistema legal jamaicano se basa en el derecho común inglés. El “derecho común” es un cuerpo legal que evoluciona y deriva de las resoluciones judiciales que constituyen un precedente para los litigios futuros, a diferencia de la promulgación legislativa. En Jamaica las fuentes del derecho son la Constitución, las leyes parlamentarias, el derecho común y la legislación subsidiaria dictada a tenor de las anteriores en forma de normas, reglamentos, proclamas y decretos.⁷⁰ La Constitución se declara a sí misma la ley fundamental de la nación. Cualquier ley que

contradiga sus disposiciones es nula en la medida en que la contravenga.⁷¹ Sin embargo, la Constitución también prevé su propia reforma mediante ley parlamentaria.⁷² Por lo general las reformas constitucionales requieren la aprobación de dos tercios de la mayoría de tanto la Cámara de Representantes como del Senado.⁷³ Si el Senado rechaza dicha reforma en dos ocasiones, puede ser sometida al electorado general. Dependiendo de la naturaleza de la reforma propuesta, la Constitución exige la aprobación de tres quintos o de dos tercios de la mayoría del electorado para invalidar el rechazo del Senado a dicha medida.⁷⁴

La Constitución enumera una serie de derechos y libertades fundamentales a los que se concede protección sin consideración de “raza, lugar de origen, opiniones políticas, color, religión o sexo, aunque sujetos a los derechos y libertades de los demás y del interés público.”⁷⁵ La disposición de la Constitución contra la discriminación define, sin embargo, como discriminatoria cualquier acción “que dé un tratamiento diferente a distintas personas atribuible plena o principalmente a sus descripciones respectivas por razón de raza, lugar de origen, opiniones políticas, color o religión.”⁷⁶ Así, no se prohíbe expresamente la discriminación por razón de género. Asimismo la disposición contra la discriminación tampoco incluye específicamente asuntos relativos a la adopción, matrimonio, divorcio, entierro, traspaso de la propiedad por defunción u otros asuntos de derecho privado.⁷⁷ Las disposiciones constitucionales relativas a los derechos fundamentales subyacen y son aplicables a todos los procedimientos de cada tribunal.⁷⁸ Sin embargo, sólo se concede amparo constitucional si todos los demás procesos de amparo han sido agotados y no existe ninguna otra forma de amparo disponible en derecho.⁷⁹

Las decisiones tomadas por el Consejo Privado de la Soberana del Reino Unido sobre casos provenientes de otros territorios, así como las decisiones de la Cámara de los Lores británica, constituyen un precedente convincente pero no vinculante en los tribunales de Jamaica. Las resoluciones adoptadas por el Consejo Privado de la Soberana relativos a los casos de apelación provenientes de Jamaica tienen carácter de precedente vinculante.⁸⁰

Fuentes internacionales

Dado que los instrumentos internacionales son de obligado cumplimiento, imponen la obligación al gobierno de emprender numerosas actuaciones, incluidas las actuaciones a nivel nacional. Los tratados se consideran leyes soberanas en Jamaica y como tales, pueden ser celebrados por el poder ejecutivo que controla la dirección de la mayoría de los aspectos de la política exterior sin necesidad de escrutinio parlamentario. Están sujetos a las excepciones señaladas más

abajo y están exentos de control judicial ni requieren aprobación parlamentaria previa para su negociación, firma o ratificación.⁸¹ En virtud de la práctica del derecho común tal y como se aplica en Jamaica, el poder ejecutivo debe remitir al Parlamento aquellos tratados que impliquen una reducción o alteración de los derechos u obligaciones jurídicos de los ciudadanos jamaicanos, una ampliación de las facultades del ejecutivo o la imposición de obligaciones económicas al estado.⁸² El gobierno está obligado en virtud de la ley internacional por cualquier tratado que celebre, se haya obtenido ratificación parlamentaria o no.⁸³ En el caso de que Jamaica firme o ratifique un tratado internacional, el gobierno está obligado a cumplir con sus términos y si fuera necesario, dictar legislación local en aplicación de dichos términos.⁸⁴

El gobierno jamaicano es parte de una serie de instrumentos jurídicos internacionales, incluidos entre otros, la Convención Internacional para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial,⁸⁵ el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,⁸⁶ el Pacto Internacional de Derechos Políticos y Civiles,⁸⁷ la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer,⁸⁸ la Convención de Derechos del Niño⁸⁹ y la Convención Americana de Derechos Humanos.⁹⁰ Jamaica aún no ha firmado la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belem do Pará") adoptada por la Organización de Estados Americanos en 1994.⁹¹

II. Examinando Salud y Derechos Reproductivos

En Jamaica, los temas relativos a la salud reproductiva de las mujeres son tratados en el contexto de las políticas de salud y población del país. Por ello, para entender los derechos reproductivos en Jamaica, es necesario analizar tanto las leyes como las políticas en ambas materias.

A. LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS SOBRE SALUD

Objetivos de la política en salud

En la actualidad no existe una política nacional de salud en vigor,⁹² aunque se está debatiendo sobre la elaboración de una nueva política en esa materia. El Ministerio de Salud jamaicano es el principal proveedor de servicios de salud y funciona de acuerdo con los principios señalados en tres documentos sobre las políticas: Estrategia para la Política de Población y Asistencia de Salud Primaria (1977); la Política Nacional de Salud de 1991; y el documento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Salud para Todos en el Año 2000.⁹³

Infraestructura de servicios de salud

La Ley de Salud Pública de 1985 ("Ley de Salud Pública")⁹⁴ creó un Comité Nacional Central de Salud⁹⁵ y una Junta Local de Salud en cada distrito.⁹⁶ El Comité Central de Salud asesora al Ministro de ese sector y a las juntas locales sobre los asuntos relacionados con la salud pública.⁹⁷

Los servicios de salud están a disposición de todos los habitantes de Jamaica en los hospitales y clínicas públicas y en los hospitales y consultas privadas. En 1995 había en Jamaica alrededor de 350 centros de salud gestionados por el gobierno, que prestan asistencia sanitaria primaria y tradicional y asistencia médica básica de carácter curativa.⁹⁸ El Ministerio de Salud gestiona asimismo 19 hospitales de asistencia para casos urgentes y tres instalaciones especializadas en la asistencia a enfermedades crónicas.⁹⁹ Las agencias que instrumentan la salud primaria son el Ministerio de Salud, organizaciones no gubernamentales ("ONG"), el sector privado, los médicos privados y las iglesias. En concreto, alrededor de cincuenta ONG colaboran en la provisión de servicios sanitarios y complementan de este modo los servicios que presta el Ministerio de Salud.¹⁰⁰ El Hospital Universitario de las Antillas en Kingston, Jamaica, es un hospital clínico para médicos de todas las especialidades.¹⁰¹

Financiamiento de Servicios de Salud

Aunque la Organización Mundial de la Salud ("OMS") recomienda una asignación presupuestaria mínima del 10% del presupuesto total del país para mantener el sistema de salud, la asignación del gobierno para ese sector ha disminuido del 7,9% del presupuesto nacional en 1979/80 al 6,0% en 1992/93.¹⁰² El presupuesto asignado por el gobierno al Ministerio de Salud para 1996/97, es de J\$5.409.875.000 dólares jamaicanos (o aproximadamente US\$160 millones de dólares americanos).¹⁰³ El gobierno ha instaurado un programa de recuperación de costos en todos los hospitales y clínicas públicas. Este programa exige a los pacientes el pago del 5% del coste de mercado del tratamiento médico y de los medicamentos.¹⁰⁴ Así los pacientes han de pagar J\$20 dólares jamaicanos (US\$0,60 dólares americanos) por las consultas prenatales y J\$10,00 dólares jamaicanos (US\$0,30 dólares americanos) por medicación en las instituciones públicas. Los condones se suministran de forma gratuita. Todos los demás métodos anticonceptivos y servicios de salud reproductiva se cobran a un cinco por ciento del precio de mercado.¹⁰⁵

En abril de 1997, el Ministro de Salud, el Dr. Peter Phillips, presentó un Libro Verde a la Cámara de Representantes proponiendo un plan nacional de seguro sanitario, con el fin de cubrir los servicios médicos esenciales de todos los residentes en Jamaica. El seguro propuesto cubriría servicios concretos para pacientes hospitalizados, pruebas de diagnóstico y

laboratorio específicos y fármacos concretos. El plan obligaría a suscribir el esquema nacional de seguro a todos.¹⁰⁶

Los problemas de financiación del sector de salud han obstaculizado los esfuerzos de reforma. Debido a los bajos niveles de remuneración, siguen existiendo vacantes en los puestos críticos en el ámbito de su administración pública, a pesar de los esfuerzos por parte del Ministerio de Salud de contratar y retener a los profesionales de la medicina.¹⁰⁷ A modo de ejemplo, la proporción médico/paciente en 1991 era de 1 médico por 1.700 pacientes; la Organización Panamericana de la Salud recomienda una proporción de 1 médico por 910 pacientes.¹⁰⁸ El porcentaje de vacantes es asimismo muy elevado en otras profesiones relacionadas con la salud. Los porcentajes de vacantes son especialmente elevados entre los farmacéuticos (75,2%), comadronas (52,9%), personal psiquiátrico (47,4%), enfermeras auxiliares matriculadas (45,7%), enfermeras del sistema público de salud (31, 7%) y enfermeras tituladas (29,4%).¹⁰⁹

Normatividad sobre los profesionales en salud

Existen una serie de cuestiones de importancia fundamental relativas a los profesionales en salud. ¿Quién puede proveer legalmente servicios de salud y de qué tipo? ¿Existen garantías suficientes de control de calidad dentro de tales servicios? Debido a que el gobierno jamaicano regula estos asuntos, la revisión de las disposiciones más relevantes en esta materia se hace necesaria. En Jamaica hay tres leyes parlamentarias que regulan el sector de los profesionales en salud: la Ley Médica de 1976 ("Ley Médica")¹¹⁰, la Ley de Comadronas y Enfermeras de 1966 ("Ley de Comadronas y Enfermeras")¹¹¹ y la Ley de Farmacia de 1975 ("Ley de Farmacia").¹¹²

La Ley Médica establece un Colegio Médico¹¹³ que colegia a los médicos, designa a los evaluadores de quienes solicitan su colegiación como médicos y garantiza el mantenimiento de estándares adecuados de conducta profesional por parte de los médicos colegiados.¹¹⁴ Los médicos deben finalizar la carrera exigida y cumplir los requisitos de colegiación para practicar la medicina en Jamaica.¹¹⁵ El Ministerio de Salud reconoce 23 categorías diferentes de médicos. La Ley Médica trata asimismo el asunto de la práctica no autorizada de la medicina. Se considera delito la práctica de la medicina, la realización de diagnósticos o recetar o administrar medicamentos por parte de cualquier persona si la misma no se ha colegiado como médico a tenor de la Ley Médica¹¹⁶ o cuando su colegiación haya sido suspendida.¹¹⁷ La Ley Médica no exige a los médicos de medicina alternativa que se colegien¹¹⁸ pero sí establece las directrices médicas y éticas que han de seguir los médicos colegiados.¹¹⁹ El Colegio Médico conoce de las demandas

relativas a cualquier actuación o conducta que vulnere dichas directrices.¹²⁰

La Ley Médica faculta al Colegio Médico a suspender o revocar la licencia de cualquier profesional médico que a) sufra cualquier drogodependencia o enfermedad física o psíquica que le incapacite para la práctica de la medicina; b) obtenga la colegiación mediante falsedad en documento fraudulento, falso o engañoso; c) haya sido condenado por un delito; o d) desarrolle una "conducta deshonorosa desde el punto de vista profesional".¹²¹ Existen ocho categorías de conducta consideradas "deshonorosas desde el punto de vista profesional" que pueden dar lugar a la aplicación de medidas disciplinarias impuestas por el Colegio Médico.¹²²

El organismo judicial médico de apelación conoce los recursos de apelación derivados de las resoluciones del Colegio Médico.¹²³ Este organismo judicial estima o desestima el recurso de apelación o lo devuelve al Colegio Médico para que sea visto nuevamente.¹²⁴ El organismo judicial puede asimismo anular cualquier pena impuesta por el Colegio Médico y sustituirla por una sanción menos severa, o que en su opinión sea más apropiada.¹²⁵

La Ley de Comadronas y Enfermeras crea el Colegio de Enfermería¹²⁶ y le faculta para supervisar la formación y el ejercicio de la profesión de las enfermeras, comadronas y enfermeras auxiliares.¹²⁷ Este colegio tiene asimismo la facultad de inscribir a enfermeras y comadronas, matricular a las enfermeras auxiliares¹²⁸ y sancionar a enfermeras y comadronas mediante la suspensión o revocación de su colegiación o matriculación.¹²⁹ Se considera delito la práctica de la obstetricia o actuar como o dar a entender que se es enfermera o enfermera auxiliar si se carece de un certificado de colegiación o matriculación o si éste ha sido suspendido.¹³⁰

La Ley de Farmacia crea el Colegio Farmacéutico¹³¹ y le faculta para desempeñar una serie de funciones reglamentarias.¹³² Este colegio inscribe a los farmacéuticos, estudiantes de farmacia, farmacias, propietarios de farmacias y vendedores autorizados de venenos. También establece y mantiene los estándares adecuados de conducta que han de seguir las personas inscritas en virtud de la Ley de Farmacia y regula la formación de los estudiantes de farmacia. El Colegio Farmacéutico tiene además la facultad de sancionar a los colegiados mediante censura, suspensión o retirada del registro.¹³³ Asimismo publica listas de medicamentos y venenos.¹³⁴ Únicamente un farmacéutico colegiado o un estudiante de farmacia bajo la supervisión de un farmacéutico colegiado, que trabaja en un establecimiento inscrito como farmacia, puede mezclar, despachar y almacenar para su venta o comercio al por menor los medicamentos enumerados.¹³⁵ Para la venta al por menor, almacenamiento, venta, despacho o

entrega de venenos se aplican normas parecidas, aunque más restrictivas.¹³⁶

Derechos de los pacientes

Las leyes pretenden asimismo garantizar los servicios de salud mediante la protección de los derechos de los pacientes. En la práctica, se exige el consentimiento del paciente o de una persona facultada legalmente para actuar en nombre del paciente, con anterioridad a la realización de operaciones médicas. El Ministerio de Salud alienta a los médicos a obtener la firma de autorizaciones por parte de los pacientes antes del tratamiento, pero no existen requisitos legales que exijan dicha autorización. Además, no existen disposiciones legales concernientes al daño causado a un paciente ni a la negligencia médica. Sin embargo sí se aplican las normas de derecho común relativas a la agresión o negligencia.¹³⁷ Se puede revocar o suspender la colegiación a un médico culpable de agresión a un paciente durante un período máximo de dos años.¹³⁸

El requisito del consentimiento informado constituye un principio proclamado del derecho común inglés de aplicación en Jamaica.¹³⁹ Para que el consentimiento sea válido, la persona que vaya a someterse a una operación médica debe conocer tanto los riesgos inherentes a la misma como dar su consentimiento por voluntad propia a la asunción de determinados riesgos. Al consentir al tratamiento, el paciente acepta los riesgos inherentes al mismo, aunque no acepta la negligencia por parte del cirujano. Un paciente que sufra una lesión debida a la negligencia de un médico podrá sostener una pretensión jurídica contra el médico a tenor de los principios de responsabilidad civil del derecho común. Para que surta efecto una demanda por negligencia, el demandante debe probar que el demandado incumplió el deber de cuidado debido por los médicos hacia sus pacientes y que, como resultado del incumplimiento de dicho deber, el demandante sufrió un daño. Las operaciones médicas realizadas sin la autorización del paciente pueden constituir un acto ilícito civil perseguible, “una violación” de los derechos personales del paciente.¹⁴⁰

B. POBLACIÓN, SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Legislación y política de población

La política de población jamaicana establece el marco en el que se prestan los servicios de planificación familiar. Los objetivos generales relativos a población, tal y como se afirma en la Declaración Revisada de la Política Nacional de Población de 1995 (“Declaración Revisada de la Política de Población”),¹⁴¹ son la mejora de la satisfacción de las necesidades humanas básicas y de la calidad de vida del pueblo jamaicano en áreas como la vivienda, salud, nutrición, educación, transporte y

medio ambiente.¹⁴² El gobierno considera que la consecución de estos objetivos depende de garantizar que la población no exceda el número de personas que pueda ser mantenido de manera satisfactoria por el país. Concretamente la política de población pretende limitar el crecimiento de la población a un máximo de un 0,8% anual durante las tres próximas décadas.¹⁴³ La tasa media de crecimiento de la población en la actualidad representa el 0,9%.¹⁴⁴ La Declaración Revisada de la Política de Población prevé que si la tasa anual de disminución continúa, Jamaica podrá conseguir el nivel de reemplazo de la población (2 hijos por mujer) para el año 2000 o poco después.¹⁴⁵ Aunque el objetivo de la política de población apunta a que ésta no exceda los 3 millones de personas en el año 2020,¹⁴⁶ el Fondo de Naciones Unidas para la Población (“FNUAP”) prevé que la población de Jamaica aumentará a cerca de 3,4 millones de personas en el año 2025.¹⁴⁷

El Instituto de Planificación de Jamaica (el “IPJ”) ha diseñado un Plan Nacional de Acción sobre Población y Desarrollo (1995-2015) (el “Plan Nacional de Acción sobre Población”)¹⁴⁸ para aplicar la Declaración Revisada de la Política de Población y el Programa de Acción de El Cairo (el “Programa El Cairo”)¹⁴⁹ de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 (la “CIPD”).¹⁵⁰ El Plan Nacional de Acción sobre Población ha de guiar la aplicación de la política nacional de población y refleja el objeto de discusión de la CIPD sobre interrelación de poblaciones, crecimiento económico sostenible y desarrollo sostenible.¹⁵¹

Las agencias e instituciones responsables del proceso de supervisión de la aplicación y evaluación de la política nacional de población son el ministro encargado de población; el Comité Coordinador de la Política de Población (“CCPP”), organismo multisectorial creado por el gobierno en 1982; el Instituto de Planificación de Jamaica; y el Subcomité del CCPP de Información, Educación y Comunicación. Además, también contribuyen a la aplicación de la política de población las ONG, otros ministerios del gobierno, el sector privado y organizaciones privadas no lucrativas.¹⁵²

Legislación y políticas en salud reproductiva y planificación familiar

La Ley Nacional de Planificación Familiar de 1970 (la “Ley Nacional de Planificación Familiar”)¹⁵³ creó la Junta Nacional de Planificación Familiar (la “Junta de Planificación Familiar”) como principal agencia del gobierno que reparte la ayuda financiera y las subvenciones a los organismos o personas que se ocupan de la planificación familiar y de población.¹⁵⁴ Coordina o dirige el trabajo de aquellos que se ocupan de la planificación familiar y de población para garantizar un esfuerzo nacional económico y eficaz.¹⁵⁵ La Ley Nacional de

Planificación Familiar faculta a la Junta de Planificación Familiar para la promoción de la investigación y la difusión de información relativa a la planificación familiar;¹⁵⁶ proporcionar educación sexual y organizar y participar en cursos, seminarios y conferencias nacionales e internacionales sobre planificación familiar.¹⁵⁷ La Ley Nacional de Planificación Familiar exige a la Junta de Planificación Familiar que proporcione al Ministro de Salud información relativa a la planificación familiar y población previa solicitud.¹⁵⁸ El Ministro, tras consulta con el presidente de la Junta de Planificación Familiar, puede dar a la Junta orientaciones generales que considere de interés público. En dichos casos, la Junta de Planificación familiar debe seguir las orientaciones del presidente.¹⁵⁹

Servicios gubernamentales de planificación familiar

Los servicios de planificación familiar están disponibles en toda Jamaica en el sistema público de salud.¹⁶⁰ Los servicios de planificación familiar se prestan a través de una red de centros de salud, hospitales, médicos privados y ONG. En 1995, alrededor de 40.000 pacientes fueron atendidos a través del programa público de planificación familiar.¹⁶¹ La Junta de Planificación Familiar se encarga de garantizar el acceso a los servicios de planificación familiar a aquéllos que lo desean; de coordinar los servicios clínicos que ofrecen las organizaciones públicas, privadas y voluntarias; de promocionar los servicios sociales externos mediante la utilización de unidades móviles para distribuir anticonceptivos no clínicos; de emprender y fomentar la investigación y difundir información relativa a la planificación familiar y educación familiar; de supervisar el desarrollo de estudios en materia de conductas reproductivas y salud anticonceptiva; y de revisar la aprobación de métodos nuevos o mejorados de reglamentación de la fertilidad.¹⁶²

El presidente de la Asociación de Médicos Jamaicana (la "AMJ") declara que en general los médicos están viendo a menos pacientes en Jamaica porque "muchos pacientes no se lo pueden permitir".¹⁶³ El Ministerio de Salud también informa sobre el descenso en el porcentaje de mujeres embarazadas que son atendidas por el sistema público de salud. Mientras que en 1994 el 73,8% de las mujeres embarazadas recibieron dicha atención, en 1995 sólo se atendió a un 68,2%.¹⁶⁴ El número de personas que acude a las clínicas de planificación familiar ha disminuido de más de 370.000 en 1991 a una cifra ligeramente inferior a 170.000 en 1995.¹⁶⁵ Sin embargo, en las primeras 16 semanas de embarazo el porcentaje global de mujeres embarazadas que solicitan atención médica se ha mantenido relativamente estable con un porcentaje ligeramente inferior al 19%, y el promedio de visitas a los servicios públicos de salud por cada mujer embarazada también se ha mantenido estable con alrededor de cuatro visitas por embarazo.¹⁶⁶ En los últimos

años, el porcentaje de personas que aceptan la anticoncepción entre aquellos inscritos en el programa público de planificación familiar descendió del 22% en 1985 al 16,9% en 1992.¹⁶⁷

C. ANTICONCEPCIÓN

Prevalencia de métodos anticonceptivos

El conocimiento de al menos un método anticonceptivo es prácticamente generalizado en Jamaica.¹⁶⁸ Los métodos más populares en la década de los 80 (por predominio) fueron las píldoras anticonceptivas, la esterilización femenina, los condones y la Depo Provera.¹⁶⁹ El porcentaje de utilización de anticonceptivos a nivel nacional ha aumentado a un ritmo constante del 38% en 1975 al 55% en 1989 y al 67% en 1996.¹⁷⁰ Todos los métodos y tipos de anticonceptivos se pueden obtener fácilmente en los hospitales, clínicas y establecimientos de la Junta de Planificación Familiar. Alrededor del 30% de las mujeres en Jamaica, sobre todo de aquellas cuyos compañeros se niegan a utilizar condones, utilizan inyecciones, píldoras anticonceptivas, DIU y diafragmas.¹⁷¹ De los 40.000 pacientes atendidos por el programa de planificación familiar en 1995, el 47,8% eligió la píldora como método anticonceptivo, mientras que el 28,8% eligió condones y el 21,7% eligió la inyección de Depo Provera.¹⁷² Aunque no existe disponibilidad de las estadísticas sobre el porcentaje de uso de métodos anticonceptivos desde la perspectiva del género, el Ministerio de Salud ha admitido que el peso y la responsabilidad de la anticoncepción recae en gran parte sobre las mujeres. La mayoría de los hombres piensan que las mujeres son las que han de asegurarse contra la posibilidad del embarazo y algunos se oponen de manera enérgica a utilizar cualquier anticonceptivo o que lo hagan sus parejas. Los programas públicos de educación sexual pretenden cambiar la actitud de dichas personas.¹⁷³

Situación legal de la anticoncepción

La ley jamaicana no limita el uso de anticonceptivos. El Ministerio de Salud y la Junta de Planificación Familiar son las principales agencias que implementan la distribución de anticonceptivos. La venta y distribución de condones ha aumentado, según se informa, de alrededor de 2 millones en 1985 a 10 millones en 1996. El Ministerio de Salud tiene como objetivo incrementar dicha cantidad a 20 millones en los próximos 5 años.¹⁷⁴ Existen diversos tipos de anticonceptivos disponibles en las clínicas privadas y en los establecimientos de venta al por menor, las farmacias principalmente.¹⁷⁵ Los condones no se distribuyen en las escuelas, aunque los/las jóvenes pueden obtenerlos en cualquier clínica del gobierno o centro de planificación familiar.¹⁷⁶

Regulación de la información sobre anticoncepción

En Jamaica no existen leyes que regulen específicamente la provisión de información sobre los métodos anticonceptivos. Como se describe anteriormente en la sección sobre Legislación y Política en Salud Reproductiva y Planificación Familiar, la Ley Nacional de Planificación Familiar faculta la Junta de Planificación Familiar para diseminar información relacionada a planificación familiar y para proveer educación sexual.

Esterilización

En Jamaica las esterilizaciones se pueden obtener legalmente. Alrededor de las 4000 operaciones de esterilización femenina se realizaron en 1995;¹⁷⁷ sin embargo las vasectomías masculinas son muy poco comunes en Jamaica.¹⁷⁸ Las operaciones se realizan en 16 hospitales y cuatro centros de salud. La Unidad de Fertilidad Glen Vincent gestionada por el gobierno realiza ligaduras de trompas siempre que la mujer haya tenido más de dos hijos, haya recibido el asesoramiento adecuado y haya firmado una autorización.¹⁷⁹ Se establecen tarifas por los servicios prestados en los equipamientos estatales con el fin de cubrir los costes del gobierno. El precio de una operación en un equipamiento privado no está regulado. No existe una normativa específica que regule la actividad de aquellas personas que practican servicios de esterilización.¹⁸⁰

D. ABORTO

Debido a que el aborto está penalizado en la mayoría de los casos en Jamaica, resulta difícil obtener información sobre su grado de difusión. Se calcula que en la década de los 70 se produjeron entre 10.000 y 20.000 abortos ilegales y que el 20% de todas las camas de ginecología de los hospitales jamaicanos estaban ocupadas por pacientes que habían sufrido los efectos de un aborto ilegal.¹⁸¹ Una de las principales causas de muerte materna en Jamaica son las complicaciones provocadas por los abortos ilegales.¹⁸²

Situación jurídica del aborto

En Jamaica el aborto es ilegal *prima facie*. Se considera un delito mayor el que una persona provoque un aborto o la tentativa de una mujer embarazada de provocarse su propio aborto mediante la utilización de cualquier instrumento, veneno o medio diferente con la intención de provocarse un aborto.¹⁸³ El consentimiento de la mujer embarazada no sirve de eximente cuando el aborto es practicado por otra persona. Una persona puede ser culpable de la tentativa de procurar un aborto a una mujer incluso cuando la mujer no esté embarazada.¹⁸⁴ Asimismo se considera un delito el procurar cualquier veneno o instrumento a otra persona si se conoce su intención de usarlo con el fin de practicar un aborto.¹⁸⁵

Aunque el Código Penal no establece ninguna excepción a la penalización del aborto, el derecho común ha desarrollado

algunos principios que permiten excepciones determinadas. En el caso inglés, *Rex contra Bourne*, la Cámara de los Lores dictaminó que un aborto no se consideraría ilegal cuando la operación fuera practicada de buena fe con el fin de salvar la vida de la madre.¹⁸⁶ El tribunal señaló que esto no significaba salvar a la madre de la muerte simplemente, sino que también incluía aquellos casos en donde la continuación del embarazo le ocasionara un daño físico o psíquico.¹⁸⁷ Debido a que las resoluciones de la Cámara de los Lores constituyen en Jamaica precedentes convincentes pero no vinculantes,¹⁸⁸ *Bourne* ha sido aplicado en Jamaica desde 1975 cuando el Ministro de Salud lo incluyó en un documento, como se describe abajo.¹⁸⁹

Sin embargo, el principio *Bourne* simplemente proporciona a la persona que practique un aborto una eximente contra una acusación penal. La persona que practica el aborto sigue estando técnicamente sujeta a enjuiciamiento criminal y sobre ella o él recae la carga de probar que el aborto fue legal de acuerdo con las consideraciones contenidas en *Bourne*. En consecuencia algunos médicos no se deciden a practicar abortos.¹⁹⁰ Ni la resolución contenida en *Bourne* ni ninguna otra disposición de la ley jamaicana requiere que la persona que practique un aborto esté capacitada profesionalmente. Por lo tanto una persona sin la capacitación profesional adecuada así como una titulada puede recurrir a la eximente del caso *Bourne*. Ninguna ley parlamentaria establece procedimientos para la obtención del consentimiento de los padres ni del cónyuge ni para la revisión o consulta entre médicos. Sin embargo, el Colegio Médico de Jamaica permite el aborto si la continuación del embarazo acarreará "una grave amenaza a la vida o salud (física o psíquica) de la madre".¹⁹¹

Penalidad por aborto

Las personas que practiquen abortos así como las mujeres que traten de provocar su propio aborto serán castigadas a cadena perpetua con o sin trabajos forzados.¹⁹² La pena por procurar cualquier veneno o instrumento a otra persona sabiendo que el o ella tiene la intención de usarlo con el fin de practicar un aborto es de tres años con o sin trabajos forzados.¹⁹³

Requisitos para obtener aborto no penalizado

En 1975, Kenneth A. McNeill, el entonces Ministro de Salud y Control Ambiental de Jamaica, emitió una "Declaración de Política" sobre el aborto. El Ministro reconoció la posición del derecho común considerando "legal que un médico colegiado actuando de buena fe tome medidas para dar término a un embarazo si...se forma la opinión de que la continuación del embarazo constituiría probablemente una amenaza para la vida de la mujer o tuviera como efecto un perjuicio sobre su salud física o psíquica".¹⁹⁴ La Declaración de Política exigía la reforma de la Ley de Delitos contra las

Personas de 1864 (“Ley de Delitos contra las Personas”)¹⁹⁵ con el fin de “dejar claro cuándo se considera legal un aborto en Jamaica” y “de tomar medidas para considerar que la violación sexual, el abuso carnal y el incesto constituyen un fundamento legal para abortar”.¹⁹⁶ A pesar de esta declaración, Jamaica no ha reformado la Ley de Delitos contra las Personas. La Asociación de Médicos de Jamaica apoya la despenalización del aborto y ha presionado para que Jamaica adopte una ley del aborto inspirada en la Ley Médica de Terminación del Aborto de Barbados, que permite el aborto en las primeras veinte semanas del embarazo o en los casos de violación sexual o incesto.¹⁹⁷

Los abortos legales se realizan tanto en clínicas estatales como por médicos privados. El gobierno financia el servicio en las instalaciones públicas de salud.¹⁹⁸ La política oficial del gobierno afirma que se puede practicar un aborto en un equipamiento público cuando dos médicos lo recomienden sobre la base de que la mujer embarazada corre un riesgo físico o psíquico.¹⁹⁹ Los hospitales públicos y la Unidad de Fertilidad Glen Vincent gestionada por el gobierno practican abortos si se cumplen determinadas condiciones.²⁰⁰ Una adolescente embarazada menor de 17 años puede obtener un aborto si le acompaña uno de los padres y presenta documentación que pruebe su edad. Una mujer víctima de una violación sexual o incesto también puede obtener un aborto, aunque ha de presentar pruebas documentadas del delito que le ocasionó el embarazo. Una mujer embarazada a la que la policía, el Tribunal de Familia o una clínica de planificación familiar gestionada por el Ministerio de Salud envía a un equipamiento público, puede obtener un aborto si la autoridad pública que le envía presenta pruebas que documenten su necesidad de obtener un aborto. Las mujeres que necesitan abortar por razones médicas o terapéuticas no tienen que presentar documentación que apoye la decisión médica. Sin embargo, ninguna mujer puede abortar más de una vez y la mujer que aborte ha de recibir asesoramiento sobre anticoncepción con anterioridad al aborto e inmediatamente después.

Regulación de la información sobre aborto

No existe una ley o norma formal que limite la información sobre el aborto. Sin embargo, a pesar de la política gubernamental que permite el aborto en determinados casos, tiende a haber escasa información disponible en relación a la disponibilidad de los servicios de aborto.²⁰¹

E. VIH/SIDA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

El análisis del problema del VIH/SIDA en el marco de los derechos reproductivos es esencial en la medida en que ambos tópicos están íntimamente relacionados desde los puntos de vista médico y de salud pública. Por lo tanto, la evaluación

completa de las leyes y políticas que afectan a la salud y los derechos reproductivos en Jamaica debe examinar la situación del VIH/SIDA y de las enfermedades de transmisión sexual (“ETS”). Según el Ministerio de Salud, desde 1982 ha habido 2.060 casos declarados de SIDA en Jamaica. En 1996, se declararon 527 nuevos casos; 321 de los afectados eran hombres y 206 eran mujeres. Ha habido un total de 154 casos de niños afectados por el virus. De los casos declarados, el 55,7% de los que desarrollaron SIDA murieron.²⁰² La tendencia es que el número de casos de SIDA se multiplique por dos cada dos años.²⁰³ La incidencia de ETS en Jamaica es elevada con 5.125 casos de gonorrea, 2.414 casos de sífilis y 7.455 casos de chlamydia declarados en 1995.²⁰⁴

Legislación sobre VIH/SIDA y ETS

El Parlamento jamaicano no ha aprobado ningún tipo de normativa para tratar el problema del VIH/SIDA y no hay reglamentos que traten este tema. No existen leyes que prohíban la discriminación contra las víctimas del SIDA.²⁰⁵ Varias organizaciones de abogados independientes han protestado por el retraso del Ministerio de Salud a la hora de introducir legislación que proteja a la gente afectada de SIDA. En 1995 el subcomité ético del Comité Nacional de SIDA jamaicano (“CNS”) remitió al Ministerio de Salud un informe detallado con recomendaciones en apoyo a la nueva normativa para proteger a la gente afectada de SIDA.²⁰⁶ El informe de recomendaciones del CNS está a favor de legislación para la protección de personas afectadas de SIDA contra la discriminación y protegería asimismo su derecho a la privacidad mediante el establecimiento de políticas sobre confidencialidad y difusión. El CNS también exige responsabilidades penales y civiles contra la gente afectada de VIH/SIDA que deliberadamente exponga a otras personas a esta enfermedad.²⁰⁷ La Federación de Empleadores de Jamaica ha exigido asimismo una política estándar para proteger los derechos de las personas afectadas de SIDA y de otros empleados.²⁰⁸ El Ministerio de Salud ha alegado como la causa de su retraso en la aplicación de una política sobre el SIDA la falta de consenso público.²⁰⁹

Existen muy pocas leyes en Jamaica que traten el problema de la ETS específicamente. La Ley de Salud Pública faculta al Ministro de Salud a exigir a las juntas locales de salud que investiguen cualquier enfermedad existente en su distrito y que hagan “lo que sea necesario para poner freno a la propagación de la enfermedad”.²¹⁰

Políticas sobre prevención y tratamiento de VIH/SIDA y ETS

El gobierno ha elaborado una política para tratar el problema del VIH/SIDA. El Programa Nacional de Control del VIH/SIDA, Plan a Medio Plazo 1997-2000 (“Plan a Medio

Plazo”) identifica las prioridades de la política y los temas críticos. El Plan a Medio Plazo pretende consolidar la respuesta a la epidemia del SIDA mediante la coordinación de los esfuerzos de los sectores estatales, privado, comunitarios, religiosos y cívicos. La unidad de epidemiología del Ministerio de Salud actuará como el órgano nacional de coordinación y como el centro de cooperación técnica directa. A nivel local, el Plan a Medio Plazo apoya a los jefes de distrito en sus intervenciones y actividades relativas al VIH/SIDA/ETS. En concreto, el Plan a Medio Plazo exige la mejora del acceso a la obtención de condones y su uso; la formulación de una política sanitaria penitenciaria y de una política sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo; y la integración de servicios de atención a las ETS en la atención sanitaria primaria, especialmente en el programa de salud materna e infantil y en el sistema escolar.²¹¹ La Asociación para el Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual (“ACETRAS”), una organización no gubernamental, trabaja con la unidad de epidemiología del Ministerio de Salud para educar a la ciudadanía sobre el SIDA y promover el uso de condones. Los empleados del Ministerio de Salud colocan asimismo condones en bares y habitaciones de hoteles de bajo precio.²¹²

III. Entendiendo el Ejercicio de los Derechos Reproductivos: Situación Jurídica de la Mujer

La salud y los derechos reproductivos de las mujeres no pueden ser plenamente entendidos si no se analiza su situación social. La situación jurídica de la mujer no sólo es un reflejo de las actitudes sociales que afectan a sus vidas reproductivas sino que, a menudo, dichas leyes ejercen un impacto directo sobre la posibilidad que éstas tienen de ejercer sus derechos reproductivos. El contexto jurídico de la vida familiar, el acceso de la mujer a la educación y las leyes y políticas que afectan a su situación económica contribuyen a la promoción o la prohibición del acceso de la mujer a la atención sanitaria reproductiva y a su capacidad para tomar decisiones voluntarias e informadas sobre dicha atención. Las leyes relativas a la edad para contraer matrimonio por primera vez pueden tener un impacto significativo en la salud reproductiva de una mujer joven. Además, las leyes de violación sexual y demás leyes que prohíben la agresión sexual o la violencia familiar contienen asuntos de derechos de importancia fundamental y pueden tener también unos resultados directos sobre la salud de las mujeres.

A. DERECHOS CIVILES DENTRO DEL MATRIMONIO

Matrimonio

En Jamaica el matrimonio se rige por la Ley del Matrimonio de 1897 (“Ley del Matrimonio”),²¹³ la Ley del Matrimonio Hindú de 1957 (“Ley del Matrimonio Hindú”)²¹⁴ y la Ley del Matrimonio Musulmán de 1957 (“Ley del Matrimonio Musulmán”)²¹⁵ que establecen los requisitos necesarios para que un matrimonio sea válido. Las Leyes Matrimoniales Hindú y Musulmana otorgan a los matrimonios celebrados de acuerdo con las costumbres de esas religiones la misma categoría jurídica que aquellos matrimonios formalizados en virtud de la Ley del Matrimonio. Para que sea válido, un matrimonio debe ser formalizado ante dos testigos y ante una persona inscrita como funcionario matrimonial.²¹⁶ Dicha persona puede ser bien un ministro de la iglesia o bien un registrador civil.²¹⁷ La Ley del Matrimonio estipula la publicación (un aviso al público de los nombres de las partes que pretenden casarse) de amonestaciones matrimoniales,²¹⁸ la expedición de licencias matrimoniales²¹⁹ y la inscripción de los matrimonios en un registro general.²²⁰ Se considera delito a tenor de la Ley del Matrimonio la falsificación, destrucción, daño, retirada u ocultación de la inscripción registral pública de matrimonio o de cualquier anotación relativa al matrimonio que esté bajo la custodia de un funcionario matrimonial.²²¹ También se considera delito la realización por parte de un funcionario matrimonial de cualquier certificado falso de cualquier documento o el que una persona se haga pasar por un funcionario matrimonial.²²² La bigamia se considera delito y la ley exige al Registrador General que haga constar en acta cualquier condena por bigamia.²²³

Regulación de las uniones de hecho

Además de los matrimonios reconocidos legalmente, muchas parejas forman “uniones de visita”, en las que el hombre visita a la mujer, a menudo en la casa de los padres, o matrimonios de hecho, muchos de los cuales surgen a partir de las uniones de visita. Las parejas con frecuencia viven juntas durante muchos años y crían a varios hijos juntos antes de formalizar su unión legalmente.²²⁴ Sin embargo, un estudio reciente del Tribunal de Familia de Kingston concluyó que, en la mayor parte de las familias jamaicanas, las mujeres constituyen el núcleo de la unidad familiar, mientras que los hombres tienden a tener una situación más transitoria, aunque siguen desempeñando un importante papel económico.²²⁵

Divorcio y custodia

Sólo hay una causa de divorcio: la “ruptura irreparable” del matrimonio.²²⁶ De conformidad con la Ley de Causas Matrimoniales de 1989 (“Ley de Causas Matrimoniales”), las partes únicamente pueden probar que su matrimonio se ha

roto irreparablemente si demuestran que vivieron de forma separada y distante durante un período continuado de no menos de 12 meses inmediatamente anteriores a la fecha de la presentación de la demanda de divorcio.²²⁷ Se puede demostrar que se ha estado viviendo de modo separado aunque se haya compartido la misma casa siempre que se viva en habitaciones separadas y no se mantengan relaciones conyugales.²²⁸ El Tribunal Supremo, que tiene competencias en la mayoría de los casos de divorcio, no conocerá de las demandas de divorcio sin autorización especial, es decir, la petición concreta de una de las partes, a no ser que las partes hayan estado casadas durante al menos dos años cuando se presenta la demanda.²²⁹ El juez podrá conceder dicha autorización si le consta que las partes trataron de reconciliarse con la ayuda de un asesor matrimonial y existen circunstancias especiales que justifican la vista de la demanda.²³⁰ Una vez vista cualquier demanda de divorcio, el Tribunal puede dictar o denegar sentencia, o puede suspender el caso y remitir a las partes a un asesor matrimonial autorizado.²³¹ La Ley de Causas Matrimoniales establece que las solicitudes de custodia y/o manutención sean admitidas en procedimientos preliminares al procedimiento de divorcio o posteriores.²³² También prevé el establecimiento de la pensión compensatoria respecto a cualquiera de los cónyuges²³³ y para que se dicten resoluciones preventivas respecto al cónyuge o hijo del matrimonio.²³⁴

El tribunal podrá forzar el cumplimiento del fallo de manutención mediante el embargo de los ingresos o pensión de la persona, confiscación de sus bienes o en última instancia, su ingreso en prisión.²³⁵ Por lo general, el marido no está obligado a mantener a su esposa si ésta es culpable de adulterio o abandono de familia injustificado.²³⁶ Un hombre tampoco tiene ninguna responsabilidad legal respecto a la manutención de su esposa de hecho. Aunque las mujeres que viven en relaciones permanentes no matrimoniales no tienen ningún derecho legal a obtener sustento o manutención, pueden reclamar alimentos para sus hijos. En virtud de la Ley de la Propiedad de la Mujer Casada de 1887 ("Ley de la Propiedad de la Mujer Casada"),²³⁷ la mujer tiene la obligación de mantener a su marido si éste es indigente y ella tiene propiedades.²³⁸

Los cónyuges tienen una responsabilidad económica recíproca y hacia sus hijos. De acuerdo con la Ley de Alimentos de 1881 ("Ley de Alimentos"), se exige al hombre que mantenga a sus hijos y a cualquiera de los hijos menores de su esposa que estén vivos durante su matrimonio.²³⁹ También se le exige que mantenga a los hijos de cualquier mujer con la que conviva.²⁴⁰ Aunque la responsabilidad principal de alimentos recae sobre los hombres, las mujeres también están obligadas a mantener a sus hijos y deben hacerlo si el padre incumple su obligación de mantenerlos o es incapaz de hacerlo.²⁴¹

La ley jamaicana permite a las mujeres obtener de los padres el sustento para sus hijos. Dado que el 42% de las mujeres jamaicanas son las cabezas de familia, más del 80% de los niños jamaicanos nacen fuera del matrimonio.²⁴² La Ley de Filiación de 1926 ("Ley de Filiación")²⁴³ prevé procedimientos que permiten a las mujeres solteras entablar procedimientos legales contra los padres putativos de sus hijos y a obtener fallos judiciales que ordenen a dichos padres el pago por los alimentos y la educación de sus hijos.²⁴⁴ Las reformas legislativas de los años 70 y 80 tenían como objetivo la prevención de la discriminación jurídica contra los niños por razón del estado civil de sus padres y pretendían alentar a los hombres a que asumieran la responsabilidad económica de su descendencia.²⁴⁵ A modo de ejemplo, la Ley de la Situación de la Infancia de 1976 ("Ley de la Situación de la Infancia")²⁴⁶ eliminó el techo establecido previamente para los pagos de sustento infantil y vinculó dichos pagos a los ingresos del padre.²⁴⁷ Sin embargo, cuando se toma en cuenta la inflación, las asignaciones reales para el sustento del hijo/a no han aumentado de manera significativa.²⁴⁸ El legislativo jamaicano no ha empezado hasta muy recientemente a redactar leyes que otorgan a los cónyuges de hecho los mismos derechos de custodia y sucesión que los que disfrutaban los cónyuges en los matrimonios formalizados a tenor de la Ley del Matrimonio.²⁴⁹

B. DERECHOS SOCIOECONÓMICOS

Acceso a la propiedad

La primera vez que las mujeres jamaicanas tuvieron derecho a ser propietarias y a controlar la propiedad a título individual fue en 1887, cuando se promulgó la ("Ley de la Propiedad de la Mujer Casada").²⁵⁰ Enmiendas posteriores a la ley permitieron a las mujeres firmar contratos, contraer deudas y demandar o ser demandadas.²⁵¹ Esta ley permite asimismo a las mujeres casadas interponer procedimientos penales para proteger su propiedad.²⁵² La Ley de la Propiedad de la Mujer Casada se utiliza en la actualidad en aquellas situaciones en las que el marido y la mujer son propietarios conjuntamente y desean que un tribunal establezca el alcance de los derechos de cada uno o en el caso en que aunque la propiedad esté inscrita a nombre de uno sólo de ellos, reclamen un derecho sobre la misma.²⁵³ El usufructo del matrimonio en la propiedad poseída conjuntamente se fija tras el examen de la intención de las partes en el momento de la compra de la propiedad y su aportación directa o indirecta a la compra.²⁵⁴ Si el marido adquiere bienes y los cede a nombre de su esposa, se presume que le pertenecen a ella a no ser que pueda aportar pruebas que refuten dicha presunción.²⁵⁵ Asimismo, si inscribe la propiedad a nombre de ambos, existe una presunción refutable de que realizó una donación de la mitad de la parte a su esposa. Si

ambas partes contribuyeron a la adquisición de la propiedad, la presunción será por lo general que cada uno de ellos es titular de un derecho en proporción a su aportación.²⁵⁶

Los derechos de sucesión se rigen principalmente por la Ley de Cargas sobre la Propiedad y de Caudal Hereditario Intestado de 1937.²⁵⁷ Según las disposiciones de esta ley, los beneficiarios de ambos sexos tienen los mismos derechos sucesorios.²⁵⁸ Las normas de libertad testamentaria permiten que una persona realice un testamento en el que desherede a su cónyuge e hijos.²⁵⁹ Sin embargo, a tenor de la Ley de Sucesión de 1993 (Disposición sobre Familia y Dependientes) ("Ley de Sucesión")²⁶⁰, un cónyuge, hijo, padre o madre podrá solicitar del Tribunal Supremo un fallo por alimentos a extraer de los bienes del difunto.²⁶¹ El tribunal, en el momento de decidir si concede dicho fallo, tendrá en cuenta todas las circunstancias relevantes, incluidos el tamaño del patrimonio, los recursos y necesidades del solicitante, las razones del difunto para no disponer a favor del solicitante en su testamento y la conducta del solicitante y del difunto y su relación durante la vida del difunto.²⁶² Según lo convenido en la Ley de Sucesiones, el cónyuge de hecho tiene los mismos derechos que el cónyuge legal.²⁶³

Derechos laborales

La Constitución jamaicana permite normativa discriminatoria, ya que no prohíbe la discriminación por razón de sexo. Por ejemplo, la Ley (del Trabajo) de la Mujer de 1942 ("Ley del Trabajo de la Mujer")²⁶⁴ establece, con algunas excepciones, que "ninguna mujer será contratada en trabajos nocturnos"²⁶⁵ y que las horas totales permitidas de trabajo serán de 10 horas por cada 24 horas.²⁶⁶ La ley no establece excepciones al máximo número de horas establecidas. Se exceptúan ciertos trabajos de la prohibición de empleo nocturno: enfermeras o profesionales en salud; gestión; trabajadoras del cine/teatro; trabajadoras en hoteles, bares, restaurantes y clubes; farmacéuticas; trabajadoras en la industria de la preparación, embalaje y envío de fruta fresca; o en determinadas ocasiones inevitables.²⁶⁷ La Ley del Trabajo de la Mujer además otorga la facultad al Ministro de Trabajo de limitar o prohibir el trabajo de las mujeres en empresas industriales²⁶⁸ y de limitar, prohibir o regular el trabajo de las mujeres antes o después del parto.²⁶⁹

Desde la década de los 70 está vigente la normativa orientada a la prevención de discriminación en el lugar de trabajo. La Ley del Trabajo (Igual Retribución para Hombres y Mujeres) de 1975²⁷⁰ considera delito el que un empleador pague a personas de distintos sexos diferentes remuneraciones por el mismo trabajo cuando tengan la misma titulación o capacitación profesional y estén trabajando en parecidas

condiciones.²⁷¹ Esta ley establece un procedimiento de mediación y el empleador sólo podrá ser procesado si no se alcanza ningún acuerdo al finalizar la mediación.²⁷² El empleador ha de guardar un archivo relativo a las remuneraciones y a cualquier otro asunto que el Ministro de Trabajo establezca mediante orden y los funcionarios del ministerio pueden examinar estos archivos.²⁷³ Un tribunal tiene la facultad de ordenar que sean pagados los retrasos a un empleado que ha sufrido una práctica remuneratoria discriminatoria.²⁷⁴ La aceptación por parte del empleado de un salario menor no constituye una circunstancia eximente en la acusación a tenor de la ley.²⁷⁵

La Ley de Baja por Maternidad de 1979 ("Ley de Baja por Maternidad")²⁷⁶ concede a las mujeres ocho semanas de baja por maternidad remuneradas durante el embarazo²⁷⁷ o tras dar a luz y cuatro semanas más de baja por maternidad no remunerada si es necesario debido al embarazo o parto.²⁷⁸ Si la mujer aporta pruebas en forma de certificado médico de que necesita una ampliación de la baja, porque ella o el niño se encuentren enfermos, puede obtener 14 semanas adicionales de baja.²⁷⁹ Se le concederá una ampliación adicional si el médico estima que es necesario.²⁸⁰ Sin embargo, cuando se recomiende un amplio periodo de baja, el empleador podrá exigir que la revisión médica se practique en consulta con o en presencia de un médico designado por el empleador.²⁸¹ Existen dos condiciones para ser titular del derecho a baja por maternidad: la empleada debe avisar con antelación al empleador del momento estimado del parto²⁸² y debe presentar un certificado médico si el empleador lo solicita.²⁸³ Para tener derecho a la baja por maternidad, la empleada debe haber estado contratada de manera continuada durante al menos 52 semanas previas a la fecha de la baja.²⁸⁴ Las mujeres menores de 18 años y las trabajadoras del servicio doméstico no tienen derecho a la baja por maternidad remunerada.²⁸⁵ La mujer que haya obtenido la baja por maternidad remunerada en tres embarazos no tiene derecho a más baja por maternidad del mismo empleador.²⁸⁶

La Ley de Baja por Maternidad exige a los empleadores que permitan a las mujeres incorporarse al trabajo cuando la baja haya finalizado.²⁸⁷ Cuando una mujer se reincorpore tras la baja, debe ser empleada en el mismo puesto y nivel, realizar el mismo tipo de trabajo en los mismos términos y condiciones.²⁸⁸ Si el trabajo ha sido eliminado durante su ausencia, se le deberá ofrecer un trabajo similar si fuera posible, y si no lo fuera, se le debe conceder la prestación por desempleo.²⁸⁹

Acceso al crédito

La ley jamaicana otorga a hombres y mujeres el mismo derecho de acceso al crédito. Sin embargo, todavía persisten

determinadas prácticas discriminatorias. Por ejemplo, cuando el marido y la mujer solicitan un préstamo conjuntamente, a la esposa se le exige invariablemente una confirmación escrita de un abogado en la que conste que ha recibido asesoría legal en lo relativo a sus derechos. Esto se realiza con el fin de refutar la presunción legal de influencia indebida de un marido sobre su esposa.²⁹⁰ Se trata de una práctica polémica al igual que la cuestión sobre si este requisito obra a favor o en contra de las mujeres. Otra práctica discriminatoria que no tiene ningún fundamento jurídico consiste en la práctica por parte de las instituciones financieras de exigir a las mujeres casadas la obtención del consentimiento escrito de sus maridos previo a la aprobación del préstamo.²⁹¹

Acceso a la educación

Durante el año escolar 1994/1995, había 21.500 profesores empleados en el sector de la educación pública en los niveles de jardín de infancia, primario y secundario, mientras que había 650 profesores universitarios a tiempo completo en la educación superior. 700.000 estudiantes se matricularon en todos los niveles.²⁹² La asignación al Ministerio de Educación, Juventud y Cultura representó el 8,5% del presupuesto nacional y se obtuvieron fondos adicionales mediante el programa de recuperación de costes y mediante aportaciones a fundaciones y a fondos de desarrollo y dotación en el nivel terciario.²⁹³

Los hombres y las mujeres de Jamaica tienen igualdad de derechos para acceder a la educación. De hecho, las niñas superan en número a los niños en la mayor parte del sistema escolar.²⁹⁴ Mientras que los estudiantes superan ligeramente en número a las estudiantes en los niveles escolares primarios, las mujeres estudiantes superan en número a los estudiantes en los niveles secundarios y universitarios.²⁹⁵ Algunos estudiantes acuden a escuelas reservadas para niños o niñas; otros acuden a escuelas mixtas.²⁹⁶ La asistencia a las escuelas públicas es gratuita en principio, aunque un programa de reparto de costes introducido recientemente permite al gobierno recuperar más del cinco por ciento de su presupuesto a través de las tasas pagadas por los estudiantes. Existe un fondo de previsión para ayudar a los estudiantes que no pueden pagar sus tasas totalmente.²⁹⁷ Con fecha 1992, aunque había un predominio de mujeres entre los estudiantes universitarios en los campos de la educación, ciencias sociales, medicina, odontología y derecho, tenían muy escasa representación en los campos de la agricultura, matemáticas, arquitectura, teología e ingeniería.²⁹⁸ También existía escasa representación de las mujeres entre el profesorado universitario en la Universidad de Las Antillas en Kingston, aunque representaban el 63% de los matriculados en 1992/1993.²⁹⁹

Instancias para la mujer

La Oficina de Asuntos de la Mujer fue creada en 1975 como una instancia del Ministerio de Trabajo, Seguridad Social y Deportes, para promover la integración total de las mujeres en el proceso de desarrollo del país.³⁰⁰ La Oficina busca resolver diversos problemas que confrontan las mujeres en Jamaica, tales como la ausencia de oportunidades económicas, violencia contra las mujeres, y leyes, regulaciones y políticas discriminatorias.³⁰¹ Esta oficina, en colaboración con otras agencias estatales y organizaciones privadas, proporciona formación a los educadores y líderes comunitarios en temas de sensibilidad hacia el género. La oficina también pretende mejorar la situación sanitaria y alimenticia de las mujeres de bajos ingresos a través de formación en esas áreas y animar a las mujeres a participar en negocios mediante cursos prácticos y formación en las áreas de la gestión empresarial, el marketing y la iniciativa empresarial.³⁰²

C. DERECHO A LA INTEGRIDAD FÍSICA

Violación sexual

La Ley de Delitos contra las Personas rige la ley relativa a la violación sexual. En aplicación de esta normativa, la violación sexual se castiga con cadena perpetua.³⁰³ Aunque el delito de violación sexual no viene definido en la Ley de Delitos contra las Personas, está claro que a partir de los recientes intentos de reformar dicha ley que sólo el coito vaginal se considera violación sexual.³⁰⁴ La tentativa de violación se castiga con una pena de 7 años de prisión,³⁰⁵ pero si se utiliza un arma en la tentativa, la sentencia es de un máximo de diez años de prisión.³⁰⁶ La ley también establece sentencias para otros delitos sexuales, tales como las agresiones deshonrosas y delitos contra menores como el abuso carnal definido como el coito sexual con una niña menor de 16 años.³⁰⁷

En la actualidad existe un anteproyecto de ley para la reforma de la Ley de Delitos contra las Personas³⁰⁸ que pretende modificarla. La reforma convertiría al delito de violación en neutral desde la perspectiva del género;³⁰⁹ prohibiría la publicación de la identidad del demandante de violación;³¹⁰ y especificaría que la violación sexual incluye la penetración vaginal y anal con cualquier objeto o parte del cuerpo de una persona.³¹¹ Además, la reforma suprimiría la presunción de derecho común de que un niño de 14 años es incapaz de cometer una violación sexual³¹² y permitiría a las esposas acusar a sus maridos por violación en determinados casos.³¹³

El anteproyecto de ley de enmienda de la Ley de Delitos contra las Personas define la "violación sexual" como "el coito sexual con otra persona, a) sin el consentimiento de la otra persona y b) con el conocimiento de que la otra persona no consiente el coito o no importándole de modo temerario el

que la otra persona consienta o no”.³¹⁴ Se considera que el consentimiento no existe cuando “la aparente aceptación, a) se obtiene mediante amenazas o el temor a un daño físico del demandante o de una tercera persona; o b) se obtiene mediante afirmaciones fraudulentas y falsas respecto a la naturaleza del acto o la identidad del agresor”.³¹⁵

El derecho común ya reconoce que no se considera que la esposa ha prestado su consentimiento a la realización del coito con su marido en los siguientes casos: durante la separación o cuando se ha iniciado el procedimiento de divorcio o existe un acuerdo de separación o inhibitoria; cuando el acto sexual se acompaña de amenazas de un ataque o lesión física o éstos son reales; y cuando el marido sufre una enfermedad de transmisión sexual.³¹⁶ Estas normas del derecho común que rigen los casos en los que un cónyuge puede presentar una acusación de violación matrimonial están incluidos en el proyecto de enmienda de la Ley de Delitos contra las Personas.³¹⁷

Acoso sexual

No existe una ley específica que castigue el acoso sexual en Jamaica. Tampoco se está considerando la elaboración de una ley en este sentido en la actualidad, aunque sí existe un anteproyecto de Ley de Acoso Sexual de la Comunidad Caribeña (“CARICOM”) que podría servir de modelo a la futura normativa jamaicana.³¹⁸

Violencia doméstica

En Jamaica hay dos leyes parlamentarias que protegen a los cónyuges de la violencia familiar. Son la Ley de Violencia Familiar y la Ley de Causas Matrimoniales. Según lo convenido en estas leyes, los cónyuges maltratados podrán solicitar del tribunal fallos que excluyan al agresor del hogar en el que ambas partes han estado viviendo o impedir que el agresor vaya o se acerque al lugar de trabajo, escuela o cualquier otro lugar concreto en dónde el cónyuge o hijo maltratado se pueda encontrar.³¹⁹ La Ley de Violencia Familiar se aplica por igual a las personas que se encuentran en una relación matrimonial como extramatrimonial.³²⁰ En esta ley, el término ‘cónyuge’ incluye a la mujer que convive con un hombre como si fuera su esposa.³²¹ Sin embargo, las demandas presentadas ante el Tribunal Supremo a tenor de la Ley de Causas Matrimoniales, sólo pueden ser presentadas por personas casadas.³²² Los procedimientos establecidos en la Ley de Violencia Familiar se interponen ante el Tribunal de Magistrados Residentes y se pretende que sean veloces y necesiten de una asistencia legal mínima.³²³ Como consecuencia, se espera que este procedimiento sea barato e incrementa el acceso de las mujeres con escasos medios económicos a la protección de los tribunales. Los

procedimientos se desarrollan a puerta cerrada³²⁴ y la publicación de sus resultados está prohibida.³²⁵

La Ley de Violencia Familiar también establece que se dicten autos de ocupación, permitiendo que la persona maltratada continúe en el domicilio hasta que se realicen otros acuerdos sobre el alojamiento.³²⁶ Normalmente, al auto de ocupación se le acompaña un auto de protección que excluya al agresor del hogar. Cuando se dicta un auto de ocupación, el tribunal puede dictar una orden auxiliar para el uso de los electrodomésticos y mobiliario doméstico.³²⁷

Recientemente se han creado unidades de investigación de delitos sexuales dentro de las fuerzas de orden público de seis distritos y las mujeres policía han recibido formación para alentar a las víctimas de delitos sexuales a denunciar dichos crímenes.³²⁸

IV. Analizando los Derechos de un Grupo Especial: Adolescentes

Las necesidades de los adolescentes son a menudo ignoradas o desatendidas. Teniendo en cuenta que casi un tercio de la población jamaicana es menor de 15 años y que casi un cuarto de todos los nacimientos proceden de mujeres de edades comprendidas entre los 12 y los 19 años,³²⁹ es especialmente importante satisfacer las necesidades de salud reproductiva de los adolescentes. El esfuerzo para encarar el tema de los derechos de los adolescentes, incluidos aquellos relacionados con la salud reproductiva, es importante para la autodeterminación de los derechos de las mujeres así como para su salud.

A. SALUD REPRODUCTIVA

El gobierno proporciona escasos programas o servicios de salud reproductiva dirigidos especialmente a los adolescentes. Ni la Ley Nacional de Planificación Familiar ni la Declaración Revisada de la Política de Población tienen como objetivo concreto a los adolescentes ni articulan políticas para fomentar la educación y salud reproductivas entre los adolescentes. De este modo, el gobierno no proporciona anticonceptivos a las escuelas y por esta razón no se encuentran disponibles en estos lugares. Sin embargo, a partir de los 15 años aproximadamente una joven puede conseguir condones gratuitos de la Junta de Planificación Familiar, el Ministerio de Salud y de las clínicas.³³⁰ Aunque no existe información disponible acerca de las necesidades no satisfechas en los servicios de salud reproductiva, existen indicios de que muchos adolescentes que necesitan anticonceptivos no pueden acceder a los mismos. Una encuesta de 1987 mostró que el 76% de todos los primeros hijos nacidos de mujeres jóvenes de edades comprendidas

entre los 15 y 24 años no eran planeados y que, de estos, el 15% eran de madres menores de 16 años.³³¹

Las organizaciones independientes de mujeres tratan de complementar los esfuerzos del gobierno en las áreas de planificación familiar y salud reproductiva, en ocasiones en coordinación con el Ministerio de Salud. El Centro de Mujeres de la Fundación Jamaica (la "Fundación") se centra en la educación continuada de las madres menores de 16 años; en el retraso o prevención de los embarazos adolescentes; y en la mejora de las oportunidades de empleo de las mujeres jóvenes.³³² La Fundación ha creado asimismo un centro para niñas adolescentes gestionado por el Ministerio de Salud que atiende a las escolares embarazadas para que continúen su educación y aprendan sobre la crianza de los hijos y diversos oficios. Este centro también alienta a "los padres-bebé" a cuidar a sus hijos.³³³ Desde su creación en 1978, el Programa de Madres Adolescentes de la Fundación ha prestado asistencia a cerca de 20.000 jóvenes madres y más de la mitad se han reincorporado en el sistema escolar.³³⁴

B. MATRIMONIO Y ADOLESCENTES

Los matrimonios entre personas menores de 16 años o dentro de los grados prohibidos de consanguinidad son nulos en el derecho inglés.³³⁵ Los matrimonios de personas menores de 18 años son anulables a no ser que se obtenga previamente el consentimiento de uno de los padres o de su tutor legal.³³⁶

C. DELITOS SEXUALES CONTRA ADOLESCENTES Y MENORES

La ley jamaicana reconoce numerosos delitos sexuales contra los menores. Estos incluyen el incesto;³³⁷ instigar a una niña menor de 18 años a "tener relaciones carnales ilícitas con cualquier hombre";³³⁸ "el conocimiento carnal ilegal" de una niña de edad comprendida entre los 12 y 16 años;³³⁹ inducir o alentar la "corrupción" en una niña en el establecimiento de la persona;³⁴⁰ y causar, alentar o favorecer la "seducción" o prostitución de una niña menor de 16 años.³⁴¹ Además, se considera delito penal instigar a una mujer menor de 18 años a tener "conocimiento carnal ilegal" dentro o fuera del territorio jamaicano; a convertirse en prostituta; a abandonar Jamaica para convertirse en prostituta o internarla o forzarla a frecuentar un burdel; o a abandonar su domicilio habitual con fines de prostitución.³⁴² El rapto de una niña menor de 18 años con la intención de tener "conocimiento carnal"³⁴³ y la detención ilegal con la intención de tener conocimiento carnal también se consideran un delito penal.³⁴⁴

El abuso carnal de una niña, mayor de 12 años pero menor de 16, se castiga con una pena de siete años de prisión,³⁴⁵ mientras que el abuso carnal de una niña menor de 12 años se castiga con cadena perpetua.³⁴⁶ Cuando la víctima es mayor de

12 años pero menor de 16, la Ley de Delitos contra las Personas establece una eximente legal especial en favor del hombre menor de 23 años que pensó razonablemente que la niña era mayor de 16 años.³⁴⁷

La Ley de Incesto (de Castigo) de 1948 ("Ley de Incesto")³⁴⁸ prohíbe el coito entre un hombre y su nieta, hija, hermana o madre.³⁴⁹ El hombre que cometa incesto con una mujer menor de 12 años será castigado a diez años de prisión con trabajos forzados. Cuando la mujer sea mayor de 12 años la sentencia máxima es de cinco años.³⁵⁰ Se considera que una mujer de 16 años o mayor es culpable de incesto si "con su consentimiento permite" que su abuelo, hermano, padre o hijo practiquen el coito sexual con ella. Por condena se le castiga a un máximo de cinco años de prisión.³⁵¹ La Ley de Incesto no define el término "consentimiento". Se ha propuesto una enmienda a la Ley de Incesto que ampliaría la prohibición de realizar el coito entre padrastros y sus hijastros, tutores y sus pupilos, así como entre tíos o tías y sus sobrinas o sobrinos.³⁵² La enmienda crearía un delito grave único de incesto, neutral desde la perspectiva del género, para las personas mayores de 16 años³⁵³ y modificaría la definición de coito sexual para atenerse a la nueva definición prevista en la reforma propuesta de la Ley de Delitos contra las Personas.³⁵⁴

D. EDUCACIÓN SEXUAL Y ADOLESCENTES

Existe un programa, aún no formalizado, de educación sexual en las escuelas, aunque la Declaración Revisada de la Política de Población propone que el Ministerio de Educación, Juventud y Cultura coordine programas y proyectos en el sistema educativo formal con el fin de aplicar la política de población.³⁵⁵ La Declaración Revisada de la Política de Población también hace hincapié en la importancia de la participación de la comunidad para la implementación satisfactoria de la política.³⁵⁶

NOTAS FINALES

1. WORLD ALMANAC BOOK OF FACTS 1997, *The World Almanac and Book of Facts 1997*, p. 787 [en adelante WORLD ALMANAC].
2. FONDO DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO, EL ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL: *El Derecho A Elegir: Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva 72* (1997) [en adelante EL ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 1997].
3. WORLD ALMANAC, ver nota 1, p. 786; 29 ENCYCLOPEDIA BRITANNICA MACROPAEDIA, Las Antillas: Jamaica 750-751 (1997) [en adelante ENCICLOPEDIA BRITÁNICA].
4. WORLD ALMANAC, ver nota 1, p. 786.
5. ENCICLOPEDIA BRITÁNICA, ver nota 3, p. 751.
6. WORLD ALMANAC, ver nota 1, p. 787.
7. *Ibid.*
8. DEPARTAMENTO DE ESTADO DE ESTADOS UNIDOS, *Informes de Países Sobre Las Prácticas De Derechos Humanos para 1996*, 490-491 (Febrero de 1997).
9. DECRETO LEY DE JAMAICA (CONSTITUCIÓN) (1962), Cap. IV, Sección 27 [en adelante CONST. JAM.].
10. *Ibid.*, Cap. VI, Secciones 68-96.
11. *Ibid.*, Cap. V, Parte 1, Sección 34-67.
12. *Ibid.*, Cap. VII, Parte 1, Sección 97-113.
13. *Ibid.*, Cap. VI, Sección 68.
14. LLOYD G. BARNETT, LA LEY CONSTITUCIONAL DE JAMAICA 37 (1977) [en adelante BARNETT].
15. CONST. JAM., Cap. VI, Sección 69 (1-2).
16. *Ibid.*, Cap. VI, Sección 70 (1).
17. BARNETT, ver nota 14, en p. 43.
18. CONST. JAM., Cap. VI, Sección 70 (1).
19. *Ibid.*, Cap. VI, Sección 79.
20. *Ibid.*, Cap. VI, Sección 90; BARNETT, ver nota 14, p. 142.
21. CONST. JAM., Cap. VI, Sección 90.
22. *Ibid.*, Cap. VI, Sección 83.
23. *Ibid.*, Cap. VI, Sección 88 (1).
24. *Ibid.*, Cap. VI, Sección 87-88.
25. BARNETT, ver nota 14, p. 172.
26. *Ibid.*
27. *Ibid.*, p. 63.
28. CONST. JAM., Cap. VI, Sección 71 (2), (3).
29. BARNETT, ver nota 14, p. 64, 113.
30. *Ibid.*, p. 65.
31. CONST. JAM., Cap. V, Parte 1, Sección 34.
32. *Ibid.*, Cap. V, Parte 1, Sección 35.
33. *Ibid.*, Cap. V, Parte 4, Sección 66.
34. La Constitución de Jamaica acompaña al Decreto Ley (Constitución), expuesta a la consideración del Parlamento inglés el 24 de julio de 1962, como el segundo anexo.
35. CONST. JAM., Cap. V, Parte 4, Sección 67 (1).
36. *Ibid.*, Cap. V, Parte 2, Sección 48 (1).
37. *Ibid.*, Cap. V, Parte 3, Sección 64 (2).
38. *Ibid.*, Cap. V, Parte 3, Sección 64 (1,5).
39. *Ibid.*, Cap. V, Parte 3, Sección 64 (3).
40. *Ibid.*, Cap. V, Parte 1, Sección 41 (1)(a).
41. *Ibid.*, Cap. V, Parte 3, Sección 65 (1).
42. BARNETT, ver nota 14, p. 337.
43. CONST. JAM., Cap. VII, Secciones 97-110; BARNETT, ver nota 14, p. 301. Los redactores de la Constitución Jamaicana decidieron conferir las jurisdicciones de primera instancia y de apelación de los antiguos tribunales superiores a dos tribunales separados con personal diferente. *Ibid.*
44. Ley de la Judicatura (Magistrados Residentes) (1928) [en adelante Ley de Magistrados Residentes, 1928].
45. Ley de la Judicatura (Tribunal de Familia) (1975) [en adelante Ley del Tribunal de Familia, 1975].
46. CONST. JAM., Cap. VII, Parte 2, Sección 103.
47. Ley de la Judicatura (Jurisdicción de Apelación), 1962, Parte II, Sección 3(c), 5. [en adelante Ley de la Judicatura (Jurisdicción de Apelación) 1962].
48. CONST. JAM., Cap. VII, Parte 3, Sección 110.
49. *Ibid.*, Cap. VII, Parte 3, Sección 110(1).
50. *Ibid.*, Cap. VII, Parte 3, Sección 110(2); Ley de la Judicatura (Jurisdicción de Apelación), Parte VIII, Sección 35 (1962).
51. La tasa de cambio es 1 dólar jamaicano= 0,02937 dólares americanos. OANDA, 164 Conversión de Divisas (visitado el 18 de junio de 1997) <http://www.oanda.com/cgi-bin/ncc>.
52. CONST. JAM., Cap. VII, Parte 3, Sección 110 (1)(a).
53. *Ibid.*, Cap. VII, Parte 3, Sección 110 (1)(b).
54. *Ibid.*, Cap. VII, Parte 3, Sección 110 (1)(c).
55. *Ibid.*, Cap. VII, Parte 3, Sección 110 (2).
56. DECRETO LEY (CONSTITUCIÓN) DE JAMAICA, Sección 13 (1962).
57. BARNETT, ver nota 14, p. 309.
58. CONST. JAM., Cap. VII, Parte 1, Sección 97(2).
59. Jurisdicción establecida en la Ley de Magistrados Residentes, 1928.
60. BARNETT, ver nota 14, p. 304-305.
61. Ley de Magistrados Residentes, 1928, Sección 3.
62. Jurisdicción establecida en la Ley del Tribunal de Familia, 1975, Sección 4, anexo.
63. Ley de Violencia Familiar (1995) [en adelante Ley de Violencia Familiar].
64. *Ibid.*, Parte 1, Sección 2.
65. BARNETT, ver nota 14, p. 130.
66. *Ibid.*, p. 134.
67. Ley de los Consejos de Distrito, Sección 3 (2) (1901).
68. *Ibid.*, Sección 8.
69. BARNETT, ver nota 14, p. 134.
70. *Ibid.*, p. 25-26.
71. CONST. JAM., Cap. I, Sección 2.
72. *Ibid.*, Cap. V, Parte 2, Secciones 49-50.
73. *Ibid.*, Cap. V, Parte 2, Sección 49(4), (7)(a).
74. *Ibid.*, Cap. V, Parte 2, Sección 49(5-6).
75. *Ibid.*, Cap. III, Sección 13.
76. *Ibid.*, Cap. III, Sección 24 (3). La disposición contra la discriminación declara que "ninguna ley podrá establecer ninguna disposición que sea discriminatoria ya sea contra sí misma o como resultado de la misma". *Ibid.*, Cap. III, Sección 24 (1).
77. *Ibid.*, Cap. III, Sección 24 (4)(b).
78. *Ibid.*, Cap. III, Sección 25 (1), (3), (4).
79. *Ibid.*, Cap. III, Sección 25 (2).
80. R v. Howard, 16 West Indian Reports 67, 73 (Tribunal de Apelación de Jamaica, 1970); ver en general, Geoffrey Gilbert, *El Sistema Jurídico de la Comunidad Británica de Naciones en 3 MODERN LEGAL SYSTEMS CYCLOPEDIA* 3.270, 3.270,9 (Kenneth Robert Redden, de 1994).
81. BARNETT, ver nota 14, p. 286-287.
82. *Ibid.*
83. *Ibid.*, p. 287.
84. *Ibid.*
85. Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, *abierto para su firma* el 7 de marzo de 1966, 660 U.N.T.S. 195 (vigente desde el 4 de enero de 1969) (ratificado por Jamaica el 4 de junio de 1971).
86. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *aprobado* el 16 de diciembre de 1966, 993 U.N.T.S. 3 (vigente desde el 3 de enero de 1976) (ratificado por Jamaica el 3 de octubre de 1975).
87. Pacto Internacional de Derechos Políticos y Civiles, *aprobado* el 16 de diciembre de 1966, 999 U.N.T.S. 171 (vigente desde el 3 de enero de 1976) (ratificado por Jamaica el 3 de octubre de 1975).
88. Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, *abierto para su firma* el 1 de marzo de 1980, 1249 U.N.T.S. 13 (vigente desde el 3 de septiembre de 1981) (ratificado por Jamaica el 19 de octubre de 1984).
89. Convención de Derechos del Niño, *abierto para su firma* el 20 de noviembre de 1989, G.A. Res. 44/25, U.N.G.A.O.R., Sesión 44, Suplemento N° 29, Doc. O.N.U. A/44/49, reeditado en 28 I.L.M. 1448 (vigente desde el 2 de septiembre de 1990) (ratificado por Jamaica el 14 de mayo de 1991).
90. Convención Americana de Derechos Humanos, *abierto para su firma* el 22 de noviembre de 1969, OAS T.S., N° 36, OAS Off. Rec. OEA/Ser.L/VII.23 doc. 21, rev.6 (1979) (vigente desde el 18 de julio de 1978) (ratificado por Jamaica el 7 de agosto de 1978), reeditado en LA ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS, DOCUMENTOS BÁSICOS RELATIVOS A LOS DERECHOS HUMANOS EN EL SISTEMA INTERAMERICANO OEA/Ser.L.V./II.92, doc. 31 rev. 3 (1996), p. 25.
91. Convención Interamericana para la Prevención, Castigo y Erradicación de la Violencia contra la Mujer ("Convención de Belém do Pará"), *aprobada por adopción* el 9 de junio de 1994 Asamblea General de la Organización de Estados Americanos, Sesión N° 24.
92. Informe Borrador sobre Jamaica de Dña. Margarette May Macaulay, coordinadora de la

- Asociación de las Organizaciones de Mujeres en Jamaica ("AOMJA") y Dra. Portia Nicholson Clarke, Presidenta del Comité Jurídico, AOMJA, 18 (en los archivos del "Centro Legal para los Derechos Reproductivos y Políticas Públicas) [en adelante Informe Borrador de AOMJA], basado en la entrevista realizada a la Dra. Alafia Samuels, funcionaria médico de la región sudeste, Ministro de Salud jamaicano.
93. COMISIÓN NACIONAL PREPARATORIA DE JAMAICA, INFORME NACIONAL SOBRE LA SITUACIÓN DE LA MUJER EN JAMAICA, PREPARADO PARA LA CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER, BEIJING, CHINA: SEPTIEMBRE, 1995, 49, 6.41 (1994) [en adelante INFORME NACIONAL].
94. Ley de Salud Pública (1985) [en adelante Ley de Salud Pública, 1985].
95. *Ibid.*, Sección 3.
96. *Ibid.*, Sección 5.
97. *Ibid.*, Sección 4.
98. Organización Panamericana de la Salud, *Country Health Profiles: Jamaica* (última actualización el 15 de septiembre de 1995) <<http://www.paho.org/english/jamaica.htm>>. 99. *Ibid.*
100. INFORME NACIONAL, ver nota 93, p. 49, párrafo 6.4.3.
101. INSTITUTO DE PLANIFICACIÓN JAMAICANO, ENCUESTA ECONÓMICA Y SOCIAL EN JAMAICA 22.6-22.7 (1995) [en adelante ENCUESTA ECONÓMICA Y SOCIAL 1995].
102. INFORME NACIONAL, ver nota 93, p. 53, párrafo 6.4.18.
103. Informe Borrador de la AOMJA, ver nota 92, p. 18, que cita la información suministrada por la Dra. Alafia Samuels.
104. *Ibid.*, p. 17, basado en la entrevista realizada a la Dra. Alafia Samuels.
105. *Ibid.*, p. 18-19.
106. *Plan médico obligatorio en funcionamiento*, THE GLEANER, 24 de abril de 1997 (en los archivos del Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas).
107. ENCUESTA ECONÓMICA Y SOCIAL 1995, ver nota 101, p. 22.1-22.2.
108. INFORME NACIONAL, ver nota 93, p. 53, párrafo 6.4.19.
109. ENCUESTA ECONÓMICA Y SOCIAL 1995, ver nota 101, p. 22.1-22.2.
110. La Ley Médica (1976) [en adelante Ley Médica, 1976].
111. La Ley de Enfermeras y Comadronas (1966) [en adelante Ley de Enfermeras y Comadronas, 1966].
112. La Ley de Farmacia (1975) [en adelante Ley de Farmacia, 1975].
113. Ley Médica, 1976, Sección 3.
114. *Ibid.*, Sección 4 (a-c).
115. *Ibid.*, Sección 7.
116. *Ibid.*, Sección 14 (2).
117. *Ibid.*, Sección 14 (3).
118. Informe Borrador de la AOMJA, ver nota 92, p. 19, basado en la entrevista realizada a la Dra. Alafia Samuels. Dichos médicos serán castigados por "practicar la medicina" en vulneración de la Sección 14 de la Ley Médica.
119. Ley Médica, 1976, Sección 11 (2).
120. *Ibid.*, Sección 11.
121. *Ibid.*, Sección 11 (1) (a-d).
122. *Ibid.*, Sección 11 (2) (a-b).
123. *Ibid.*, Sección 13.
124. *Ibid.*, Sección 13 (2) (b) (i-iii).
125. *Ibid.*, 13 (2) (b) (iv).
126. Ley de Enfermeras y Comadronas, 1966, Sección 3.
127. *Ibid.*, Sección 4.
128. *Ibid.*
129. *Ibid.*, Sección 11.
130. *Ibid.*, Sección 15.
131. Ley de Farmacia, 1975, Parte II, Sección 3.
132. *Ibid.*, Parte II, Sección 4 (a-e).
133. *Ibid.*, Parte III, Sección 14.
134. *Ibid.*, Parte IV, Sección 17.
135. *Ibid.*, Parte IV, Sección 18 (1).
136. *Ibid.*, Parte IV, Sección 18 (2-4).
137. Informe Borrador de la AOMJA, ver nota 93, p. 21.
138. Ley Médica, 1976, Sección 11 (1) (c); Sección 11 (1) (d) (i-ii).
139. Ver examen precedente sobre las fuentes del derecho.
140. Exactitud confirmada a través de correo electrónico con Portia Nicholson Clarke de la AOMJA de 7 de julio de 1997, en los archivos del Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas.
141. INSTITUTO DE PLANIFICACIÓN DE JAMAICA, UNA DECLARACIÓN SOBRE LA POLÍTICA NACIONAL DE POBLACIÓN DE JAMAICA, REVISADA 3 (1995) [en adelante DECLARACIÓN REVISADA DE LA POLÍTICA DE POBLACIÓN]. La Declaración Revisada de la Política de población fue aprobada por el Gabinete jamaicano y aprobada por el Parlamento en febrero de 1996. *Ibid.*
142. *Ibid.*, p. 3.
143. *Ibid.*
144. ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 1997, ver nota 2, p. 72.
145. DECLARACIÓN REVISADA DE LA POLÍTICA DE POBLACIÓN, ver nota 141, p. 4.
146. *Ibid.*, p. 3.
147. ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 1997, ver nota 2, p. 72.
148. INSTITUTO DE PLANIFICACIÓN JAMAICANO, PLAN NACIONAL DE ACCIÓN SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO EN JAMAICA 1995-2015 (1995) [en adelante PLAN NACIONAL DE ACCIÓN SOBRE POBLACIÓN].
149. *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto 5-13 septiembre de 1994*, en EL INFORME SOBRE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE POBLACIÓN Y DESARROLLO, Doc. N.U. A/CONF. 171/13/Rev. 1, Ventas N.U. N° 95, XIII. 18 (1995).
150. PLAN NACIONAL DE ACCIÓN SOBRE LA POBLACIÓN, ver nota 148, p. iv.
151. *Ibid.*, p. v, párrafo 1.1.
152. DECLARACIÓN REVISADA DE LA POLÍTICA DE POBLACIÓN, ver nota 141, p. 9-13.
153. La Ley Nacional de Planificación Familiar (1970).
154. *Ibid.*, Sección 3.
155. *Ibid.*, Sección 4 (3) (a).
156. *Ibid.*, Sección 4 (3) (b).
157. *Ibid.*, Sección 4 (3) (c-d).
158. *Ibid.*
159. *Ibid.*, Sección 5.
160. INFORME NACIONAL, ver nota 93, p. 51, párrafo 6.4.8.
161. ENCUESTA ECONÓMICA Y SOCIAL 1995, ver nota 101, p. 22.3.
162. DECLARACIÓN REVISADA DE LA POLÍTICA DE POBLACIÓN, ver nota 141, p. 11-12.
163. Carl Wint, *Atención sanitaria de alto coste*, en el Jamaica Gleaner Online (17 de junio de 1997) <<http://www.jamaica-gleaner.com/gleaner/19970617/cleisure/c2.html>>.
164. ENCUESTA ECONÓMICA Y SOCIAL 1995, ver nota 101, p. 22.4.
165. *Ibid.*, p. 22.5.
166. *Ibid.*, p. 22.4.
167. INFORME NACIONAL, ver nota 93, p. 50-51, párrafo 6.4.8.
168. Según el FNUAP, el 99% de los jamaicanos conoce un método anticonceptivo.
- ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 1997, ver nota 2, p. 69.
169. INFORME NACIONAL, ver nota 93, p. 51, párrafo 6.4.8.
170. DECLARACIÓN REVISADA DE LA POLÍTICA DE POBLACIÓN, ver nota 141, p. 16; MUJERES DEL MUNDO 1995: TENDENCIAS Y ESTADÍSTICAS 86 (1995).
171. Informe Borrador de la AOMJA, ver nota 92, p. 29, basado en la entrevista al Dr. Barry Chevannes, Primer Responsable Ejecutivo de la Junta de Planificación Familiar.
172. ENCUESTA ECONÓMICA Y SOCIAL 1995, ver nota 101, p. 22.4.
173. Informe Borrador de la AOMJA, ver nota 92, p. 30, basado en la entrevista a la Dra. Alafia Samuels, funcionaria médico superior de la región sudeste, Ministerio de Salud jamaicano.
174. *Programas contra el SIDA en toda la isla a ser fortalecidos*, en el Jamaica Gleaner Online (citando al Dr. Peter Figueroa, jefe de la unidad de epidemiología en el Ministro de Salud jamaicano) (13 de febrero de 1997) <<http://www.jamaica-gleaner.com/gleaner/19970213/news.news10.html>>.
175. Informe Borrador de la AOMJA, ver nota 92, p. 29, basado en la entrevista al Dr. Barry Chevannes, Primer Responsable Ejecutivo de la Junta de Planificación Familiar.
176. *Ibid.*, p. 27, basado en la entrevista al Dr. Barry Chevannes.
177. ENCUESTA ECONÓMICA Y SOCIAL 1995, ver nota 101, p. 22.4.
178. Informe Borrador de la AOMJA, ver nota 92, p. 29, basado en la entrevista a la Dra. Alafia Samuels.
179. Asociación Médica de Jamaica, *Informe de Recomendaciones sobre la Terminación del Embarazo 3 (1994)* [en adelante Informe de Recomendaciones de la AMJ] (en los archivos del Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas).
180. Informe Borrador de la AOMJA, ver nota 92, p. 35, basado en la entrevista a la Dra. Alafia Samuels.
181. *Políticas de Aborto: Un Informe Global*, Departamento para la Información Económica y Social y Análisis de Políticas de N.U., Tomo II, p. 78, Doc. N.U. ST/ESA/SER.A/129/Add.1

(1993) [en adelante *Políticas de Aborto*].

182. Ernest Pate, *Salud Materna e Infantil*, en la ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, CONDICIONES SANITARIAS EN EL CARIBE 171, 179 (1997).

183. Ley de Delitos contra las Personas (1864), Secciones 72-73 [en adelante Ley de Delitos contra las Personas, 1864].

184. *Ibid.*, Secciones 72-73.

185. *Ibid.*, Sección 73.

186. Rex contra Bourne, 1 Law Reports 687, 691 (K.B. 1938).

187. *Ibid.*, p. 692-694.

188. Ver nota 80 y texto que le acompaña.

189. *Políticas de Aborto*, ver nota 181, p. 78; Kenneth McNeill, Ministro de Salud y Control Ambiental, Documento N° 1, "El Aborto: Declaración de la Política," 15 de enero de 1975 (M.P. N° HH 490/01) [en adelante McNeill, Declaración de la Política del Aborto, 1975], reeditado en parte en 2 ANNUAL REVIEW OF POPULATION LAW 44-45 (1975).

190. *Políticas de Aborto*, ver nota 181, p. 78.

191. Eulalee Thompson, *Petición para la despenalización del aborto*, THE GLEANER, 7 de junio de 1994, p. 1, citando las Directrices Éticas del Colegio Médico.

192. Ley de Delitos contra las Personas, Sección 72.

193. *Ibid.*, Sección 73.

194. McNeill, Declaración de la Política del Aborto, 1975, ver nota 189, párrafo 4.

195. Ver anterior, nota 183.

196. McNeill, Declaración de la Política del Aborto, 1975, ver nota 189, párrafo 7.

197. Eulalee Thompson, *Petición para la despenalización del aborto*, THE GLEANER, 7 de junio de 1994, p. 1; La Ley Médica de Terminación del Embarazo, 1983, Secciones 4 (2), 5 (Barbados).

198. Informe Borrador de la AOMJA, ver nota 92, p. 32.

199. *Ibid.*, p. 33.

200. La información siguiente se facilita en el *Informe de Recomendaciones de la AMJ*, ver nota 179, p. 2-3.

201. *Ibid.*, p. 2.

202. El SIDA cuesta JAS 50m, THE GLEANER, 7 de febrero de 1997, p. 1, cita de Peter Figueroa, jefe de la unidad de epidemiología del Ministerio de Salud.

203. ENCUESTA ECONÓMICA Y SOCIAL 1995, ver nota 101, p. 22.8.

204. *Ibid.*

205. Eulalee Thompson, *El lento ritmo de la ley del SIDA preocupante*, en el Jamaica Gleaner Online (22 de mayo de 1997) <<http://www.jamaica-gleaner.com/gleaner/19970522/news.n5.html>>.

206. *Ibid.*

207. en el Jamaica Gleaner Online (20 de junio de 1997)

<<http://www.jamaica-gleaner.com/gleaner/19970620/news.n3.html>>.

208. Eulalee Thompson, *Política del SIDA en el lugar de trabajo para 1997*, en el Jamaica Gleaner Online (16 de diciembre de 1996).

<<http://www.jamaica-gleaner.com/gleaner/19971216/news1.html>>.

209. *El CNS quiere una ley para proteger a las víctimas del SIDA* en el Jamaica Gleaner Online (20 de junio de 1997)

<<http://www.jamaica-gleaner.com/gleaner/19970620/news.n3.html>>.

210. Ley de Salud pública, 1985, Sección 8.

211. PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DEL VIH/SIDA, PLAN A MEDIO PLAZO 1997-2000, 11-12 (sin fecha) (archivado en el Centro Legal de Derechos Reproductivos y Políticas Públicas).

212. Informe Borrador de la AOMJA, ver nota 92, p. 38, basado en la entrevista a la Dra. Alafia Samuels.

213. La Ley del Matrimonio (1897) [en adelante Ley del Matrimonio, 1897].

214. La Ley del Matrimonio Hindú (1957).

215. La Ley del Matrimonio Musulmán (1957).

216. Ley del Matrimonio, 1897, Sección 3 (1).

217. *Ibid.*, Secciones 5-7.

218. *Ibid.*, Sección 20.

219. *Ibid.*, Secciones 21-23.

220. *Ibid.*, Secciones 31-34.

221. *Ibid.*, Sección 64.

222. *Ibid.*, Secciones 62-63.

223. *Ibid.*, Sección 60.

224. *Ibid.*, p. 14-15.

225. SUZANNE LAFONT, LA APARICIÓN DE LA TRADICIÓN JURÍDICA AFROCARIBEÑA: RELACIONES DE GÉNERO Y TRIBUNALES DE FAMILIA DE KINGSTON, JAMAICA 14 (1996) [en adelante LAFONT, TRADICIÓN JURÍDICA

AFROCARIBEÑA].

226. La Ley de Causas Matrimoniales, Sección 5 (1), (1989) [en adelante Ley de Causas Matrimoniales, 1989].

227. *Ibid.*, Sección 5 (2).

228. *Ibid.*, Sección 6.

229. *Ibid.*, Secciones 38 (1).

230. *Ibid.*, Sección 8 (2).

231. *Ibid.*, Secciones 11,16.

232. *Ibid.*, Sección 23.

233. *Ibid.*, Sección 20.

234. *Ibid.*, Sección 10 (1)(a).

235. La Ley de Alimentos, Secciones 9, 20 (1881) [en adelante Ley de Alimentos, 1881].

236. *Ibid.*, Sección 12.

237. La Ley de la Propiedad de la Mujer Casada (1887) [en adelante Ley de la Propiedad de las Mujer Casada, 1887].

238. *Ibid.*, Sección 22.

239. Ley de Alimentos, 1881, Sección 2 (a).

240. *Ibid.*, Sección 2 (b).

241. *Ibid.*, Sección 3.

242. Aunque no existen estadísticas sobre los nacimientos extramatrimoniales para los años 90, el porcentaje ha sido de más del 60% a lo largo de todo el siglo XX, y en 1985 el 84% de todos los nacimientos provenían de mujeres no casadas. En 1981, el porcentaje de nacimientos en mujeres no casadas era del 89%. INFORME NACIONAL, ver nota 225, p. 30.

243. La Ley de Filación (1926).

244. *Ibid.*, Secciones 3, 5 (2).

245. LAFONT, TRADICIÓN JURÍDICA AFROCARIBEÑA, ver nota 225, p. 58.

246. Ley de la Situación de la Infancia (1976).

247. *Ibid.*, Sección 16.

248. LAFONT, TRADICIÓN JURÍDICA AFROCARIBEÑA, ver nota 225, p. 11, n.4. 82.

249. Ver la Ley de Sucesión (Disposición para la Familia y Dependientes), Sección 4 (2)(e) (1993) [en adelante Ley de Sucesión, 1993]; La Ley de Cargas sobre la Propiedad y de Caudal Hereditario Intestado, Sección 2 (d) (1937), reformada en 1988 [en adelante Ley de Cargas de la Propiedad y de Bienes Intestados, 1937]; La Ley de la Situación Infantil, Sección 3 (1) (1976).

250. Ver anterior, nota 237.

251. Ley de la Propiedad de la Mujer Casada, 1887, Sección 2.

252. *Ibid.*, Sección 13.

253. Informe Borrador de la AOMJA, ver nota 92, p. 42.

254. Pettitt contra Pettitt. Caso de Apelación 777 de 1970 (recurso de apelación ante la Cámara de los Lores contra las resoluciones del Tribunal de Apelación); Gordon contra Gordon, Apelación Civil del Tribunal Supremo #76 (Jamaica 1987).

255. Pettitt contra Pettitt, Caso de Apelación 777 de 1970, p. 815.

256. Harris contra Harris, Apelación Civil del Tribunal Supremo #1 p. 8 (Jamaica 1981).

257. Ver anterior, nota 249.

258. El término operativo en la Ley de Cargas sobre la Propiedad y de Caudal Hereditario Intestado de 1937 es siempre "cónyuge" que se considera neutral desde la perspectiva del género. Ver por ejemplo, Secciones 2 (d), 4 (1).

259. La Ley de Testamento, Sección 4 (1840).

260. Ver anterior, nota 249.

261. Ley de Sucesión de 1993, Parte II, Sección 4.

262. *Ibid.*, Parte III, Sección 7.

263. *Ibid.*, Parte II, Sección 4 (2)(e)(i).

264. La Ley (del Trabajo) de la Mujer (1942).

265. *Ibid.*, Sección 3 (1).

266. *Ibid.*, Sección 3 (2).

267. *Ibid.*, Sección 3 (1) (a-h).

268. *Ibid.*, Sección 6 (2) (a).

269. *Ibid.*, Sección 6 (2) (b).

270. La Ley del Trabajo (Igual Remuneración para Hombres y Mujeres) (1975).

271. *Ibid.*, Secciones 2 (1), 3 (1).

272. *Ibid.*, Sección 3 (4) y Anexo.

273. *Ibid.*, Sección 8.

274. *Ibid.*, Sección 3 (3).

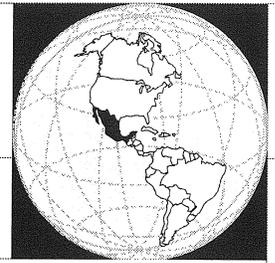
275. *Ibid.*, Sección 6 (2).

276. La Ley de Baja por Maternidad (1979).

277. *Ibid.*, Sección 5.

278. *Ibid.*, Sección 3 (2).
279. *Ibid.*, Sección 3 (3).
280. *Ibid.*, Sección 3 (4) (a).
281. *Ibid.*, Sección 3 (4) (b).
282. *Ibid.*, Sección 3 (1) (a).
283. *Ibid.*, Sección 3 (1) (c).
284. En el caso de las trabajadoras temporales, el periodo total de trabajo durante un espacio de tiempo de cinco años debe sumar al menos 52 semanas. *Ibid.*, Sección 3(1)(b).
285. *Ibid.*, Sección 5 (5).
286. *Ibid.*, Sección 5 (2) (c).
287. *Ibid.*, Sección 4.
288. *Ibid.*, Sección 4 (1)(b,c).
289. *Ibid.*, Sección 4 (5-7).
290. Para un análisis sobre la situación actual de la doctrina jurídica de influencia indebida en relación a las esposas, ver *Barclays Bank PLC contra O'Brien*, 4 All England Reports 417 (Cámara de los Loes, 1993).
291. Informe Borrador de la AOMJA, ver nota 92, p. 47-48.
292. ENCUESTA ECONÓMICA Y SOCIAL 1995, ver nota 101, p. 201.
293. *Ibid.*
294. ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 1997, ver nota 2, p. 69; INFORME NACIONAL, ver nota 93, p. 45.
295. INFORME NACIONAL, ver nota 93, p. 45.
296. Informe Borrador de la AOMJA, ver nota 92, p. 56.
297. ENCUESTA ECONÓMICA Y SOCIAL 1995, ver nota 101, p. 20.10.
298. INFORME NACIONAL, ver nota 93, p. 46, párrafo 6.2.5.
299. *Ibid.*, p. 46-47, párrafos 6.2.2, 6.2.6.
300. *Ibid.*, p. 24, párrafo 2.11. Memorandum y adjuntos de Portia Nicholson Clarke (AWOJA), al Center for Reproductive Law and Policy (CRLP), sobre la Oficina de Asuntos de la Mujer (21 de agosto de 1997) (en los archivos del CRLP).
301. *Ibid.*
302. ENCUESTA ECONÓMICA Y SOCIAL 1995, ver nota 101, p. 248.
303. Ley de Delitos contra las Personas, 1864, Sección 44 (1).
304. Ver la ley denominada Una Ley para Reformar la Ley de Delitos contra las Personas, Sección 2, publicada en EL SUPLEMENTO DEL BOLETÍN DE JAMAICA, Tomo CXVIII, N° 39 (10 de octubre de 1995) [en adelante Ley para Reformar la Ley de Delitos contra las Personas, 1995].
305. *Ibid.*, Sección 44 (2)(b).
306. *Ibid.*, Sección 44 (2)(a).
307. *Ibid.*, Sección 53.
308. Ver anterior, nota 303.
309. *Ibid.*, *passim*.
310. *Ibid.*, Sección 4 (44c).
311. *Ibid.*, Sección 2 (43A (3)(b)).
312. *Ibid.*, Sección 2 (43C).
313. *Ibid.*, Sección 2 (43B).
314. *Ibid.*, Sección 2 (43A(1)).
315. *Ibid.*, Sección 2 (43A(2)).
316. R contra R, 4 All England Reports 481 (Cámara de los Loes, 1991).
317. Ley para Reformar la Ley de Delitos contra las Personas, 1995, Sección 2 (43B(2)).
318. El Secretariado de la Commonwealth, Secretariado de la Comunidad Caribeña, Fondo de la Commonwealth para la Cooperación Técnica, Modelo de Legislación con respecto al Acoso Sexual: Una Ley que Establezca Remedios Respecto a las Acciones Discriminatorias que Impliquen Acoso Sexual (sin fecha) (en los archivos del Centro Legal de Derechos Reproductivos y Políticas Públicas).
319. Ley de Causas Matrimoniales, 1989, Sección 10 (1)(b,c); Ley de Violencia Familiar, 1995, Sección 4 (1).
320. Ley de Violencia Familiar, 1995, Sección 3 (2).
321. *Ibid.*, Sección 2.
322. Ley de Causas Matrimoniales, 1989, Sección 10.
323. "En esta Ley "Tribunal" se refiere al Tribunal de Magistrados Residentes o al Tribunal de Familia.." Ley de Violencia Familiar, 1995, Sección 2.
324. *Ibid.*, Sección 14.
325. *Ibid.*, Sección 16.
326. *Ibid.*, Sección 7.
327. *Ibid.*, Sección 12.
328. INFORME NACIONAL, ver nota 93, p. 8, párrafo 2.5.
329. *Ibid.*, p. 15, párrafo 1.3; 50; párrafo 6.4.8. Estas cifras son de 1992.
330. Informe Borrador de la AOMJA, ver nota 92, p. 56.

México



Estadísticas

GENERAL

Población

- México tiene una población total de 92 millones de habitantes,¹ de la cual 46.5 millones son mujeres.² La tasa de crecimiento es de aproximadamente 2.05% por año;³ la esperanza de vida al nacer es de 76 años para las mujeres.⁴
- En 1990, la proporción de la población urbana fue de 71%.⁵

Territorio

- El territorio mexicano tiene una superficie de 1.958 kilómetros cuadrados.⁶

Economía

- En 1994, el Banco Mundial estimó el crecimiento del Producto Nacional Bruto (PNB) per cápita en \$41.80.⁷
- En el período 1985-1994, el Producto Nacional Bruto (PNB) creció en un porcentaje estimado de 0.9%.⁸
- En el período 1990-1994, el Producto Interno bruto (PIB) creció en un 2.5%.⁹
- En 1989, México inicia un proceso de apertura económica y privatización de las empresas estatales.¹⁰

Empleo

- En 1995, la mujer representó el 35% de la fuerza laboral.¹¹
- En 1995, las mujeres representan el 50% de los ocupados en el sector informal de la economía.¹²

SITUACIÓN DE LA MUJER

- La esperanza de vida al nacer es de 72.6 años;¹³ la femenina es de 76 años y la masculina de 69.8 años.¹⁴
- La tasa de analfabetismo femenino fue, en 1992, de 15.2%.¹⁵ Dos de cada tres personas adultas que no saben leer ni escribir son mujeres.¹⁶

ADOLESCENTES

- En 1995, aproximadamente 16.3 millones de mujeres en México tienen menos de 15 años.¹⁷
- El promedio de edad para el primer matrimonio es de 18.4 años.¹⁸
- El promedio de edad para el primer hijo es de 21 años.¹⁹
- La tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años se redujo de 132 nacimientos por mil mujeres en 1978, a 78, en 1994.²⁰
- El porcentaje de uso de métodos anticonceptivos de las mujeres entre 15 y 19 años ha aumentado de 14.2%, en 1976, a 36.4%, en 1992.²¹
- Entre los métodos más utilizados por las adolescentes se encuentran: los hormonales (40.3%), el DIU (33.5%) y los métodos de barrera (8.7%).²²

SALUD MATERNA

- La tasa global de fecundidad, en 1994, fue de 3 hijos por mujer.²³
- La tasa de mortalidad materna, en 1994, fue de 61 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos.²⁴
- La tasa de mortalidad infantil, en el período 1990-1994, fue de 35 por 1.000 nacidos vivos.²⁵
- El porcentaje de nacimientos cuyas madres recibieron atención de un médico, enfermera, auxiliar, o sanitario durante el embarazo fue de 85.3%.²⁶
- En 1991, el 37% de las muertes de las mujeres fueron ocasionadas por causas obstétricas directas, y 25% se debieron a toxemias durante el embarazo.²⁷

ANTICONCEPCIÓN Y ABORTO

- En 1995, el 45% de las mujeres en edad reproductiva usa algún método de anticoncepción.²⁸
- Los métodos más conocidos son la píldora, la esterilización femenina, el dispositivo intrauterino (DIU) y los métodos tradicionales.²⁹ La esterilización es el más usado entre las mujeres en edad fértil, con un promedio de uso de 43.3%.³⁰ La píldora y el DIU también son importantes y alcanzan un promedio de uso de 15.3% y 17.7%, respectivamente.³¹
- Las instituciones estatales calculan en 220.000 el número de abortos inducidos o espontáneos por año.³² Las organizaciones internacionales y las organizaciones no gubernamentales estiman que ocurren de 500.000 a 1.500.000 abortos al año.³³
- El aborto inducido representa la quinta causa más importante de las muertes maternas.³⁴

VIH/SIDA Y ETS

- En 1994, el 13.6% de los infectados son mujeres.³⁵
- La transfusión sanguínea es la vía de transmisión más común entre las mujeres, representa el 56.5% de los casos de SIDA entre mujeres adultas.³⁶
- En 1993, se registraron 2.855 casos de VIH y 3.304 de SIDA.³⁷

NOTAS FINALES

1. PODER EJECUTIVO FEDERAL. *Programa Nacional de la Mujer 1995-2000*. México, 1995, p. 11.
2. *Ibid.*
3. *Ibid.*, p. 1.
4. *Ibid.*, p. 19.
5. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO). *Situación de la Mujer. Desafíos para el año 2000*. México, octubre de 1995, p. 59.
6. WORLD BANK. *World Development Report 1996. From Plan to Market*. New York, Banco Mundial y Oxford University Press, 1996, p. 189.
7. *Ibid.*
8. *Ibid.*
9. *Ibid.*, p. 209.
10. EUROPEAN YEARBOOK. *Mexico Introductory Survey*. 1994.
11. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op. cit., p. 25.
12. CONAPO, op. cit., p. 19.
13. WORLD BANK, op. cit., p. 188.
14. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op. cit., p. 19.
15. *Ibid.*, p. 13.
16. *Ibid.*
17. *Ibid.*, p. 11.
18. *Ibid.*, p. 40.
19. PODER EJECUTIVO FEDERAL. *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar*. México, 1995, p. 5.
20. *Ibid.*
21. PODER EJECUTIVO FEDERAL. *Programa Nacional de Población, 1995-2000*. México, 1995, p. 3.
22. PODER EJECUTIVO FEDERAL. *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar*. México, 1995, p. 5.
23. PODER EJECUTIVO FEDERAL. *Programa Nacional de la Mujer, 1995-2000* [b]. México, 1996, p. 22.
24. *Ibid.*, p. 23.
25. UNITED NATIONS. *The World's Women 1996. Trends and Statistics*. New York, 1995, p. 86.
26. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op. cit. [b], p. 23.
27. CONAPO, op. cit., p. 3.
28. UNITED NATIONS, op. cit., p. 86.
29. CONAPO. *Situación de la Planificación Familiar en México. Indicadores de Anticoncepción*. México, 1994, p. 3.
30. *Ibid.*
31. *Ibid.*
32. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op. cit. [b], p. 22.
33. GRUPO DE INFORMACIÓN EN REPRODUCCIÓN ELEGIDA (GIRE). "Aspectos del aborto en México". En: *Boletín Trimestral Sobre Reproducción Elegida*, N° 10,

septiembre de 1996, p. 5.

34. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op. cit. [b], p. 25.

35. *Ibid.*, p. 24.36. *Ibid.*37. *Ibid.*

México es uno de los países más extensos del continente americano; limita al norte con los Estados Unidos y al sur con Guatemala y Belize y tiene acceso a los océanos Atlántico y Pacífico.¹ Aproximadamente 60% de la población es mestiza, 30% indígena y 9% blanca.² El idioma oficial es el castellano.³ España colonizó el territorio mexicano en el siglo XVI, el cual estuvo ocupado principalmente por las civilizaciones Azteca y Maya.⁴ En 1821, México se independizó de España.⁵ Desde 1929, ha estado gobernado por el Partido Revolucionario Institucional (PRI).⁶ El escenario político de la última década se ha caracterizado por un gradual debilitamiento del partido gobernante, como lo demuestra la reciente derrota del PRI en las elecciones para la Gobernación del Distrito Federal, llevadas a cabo en julio de 1997.⁷ El gobierno mexicano enfrenta, además, una acentuada corrupción al interior de las entidades estatales, el surgimiento de movimientos guerrilleros y el aumento del narcotráfico.⁸

A partir de 1990, el gobierno mexicano adoptó reformas económicas destinadas a promover la apertura de la economía y a privatizar las empresas estatales.⁹ A raíz de la crisis económica, en 1995, el gobierno ha adoptado un plan de austeridad.¹⁰ Desde 1994, México forma parte del Tratado de Libre Comercio (NAFTA), al cual pertenecen también Estados Unidos y Canadá.¹¹

I. Sentando las Bases: el Marco Legal y Político

Los sistemas político y jurídico constituyen el marco en el cual se ejercen los derechos y se deciden las políticas que afectan la vida reproductiva de las mujeres. Para entender el proceso e instancias de promulgación de las leyes, su interpretación, modificación y cumplimiento, así como la adopción de las políticas en salud reproductiva y población, es necesario conocer las bases y estructura de tales sistemas.

A. ESTRUCTURA DEL GOBIERNO NACIONAL

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Constitución Federal), vigente desde 1917, ha sido enmendada en doscientas ocasiones, aproximadamente.¹² Establece que México es una República representativa, democrática y federal compuesta por estados libres y soberanos.¹³ La soberanía reside en el pueblo, la cual es ejercida por medio de los poderes de la Unión y por los estados, en concordancia con la Constitución Federal y las constituciones estatales.¹⁴ En la práctica, el sistema político mexicano es presidencialista;¹⁵ el ejercicio del Poder Ejecutivo se deposita "en un solo individuo", el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos.¹⁶

La Constitución Federal reconoce y protege la composición

pluricultural de la nación mexicana y se compromete a salvaguardar y promover el desarrollo de sus lenguas y costumbres, y a respetar sus prácticas jurídicas.¹⁷ Son poderes del Estado Federal mexicano: el Ejecutivo, el Legislativo y el Judicial.¹⁸

Poder Ejecutivo

El ejercicio del Poder Ejecutivo de la Unión radica en el Presidente de los Estados Unidos Mexicanos (Presidente).¹⁹ Es elegido por sufragio universal y directo, por un periodo de seis años.²⁰ El Presidente dirige la política exterior y celebra los tratados internacionales, sometiéndolos a la aprobación del Senado;²¹ es el encargado de promulgar y ejecutar las leyes expedidas por el Congreso de la Unión.²² Nombra a los secretarios de despacho, funcionarios análogos a los ministros de sector en otros países, quienes se encargan de dirigir las políticas sectoriales;²³ y presenta ante el Senado una terna de candidatos a ministros de la Suprema Corte de Justicia.²⁴ Todos los reglamentos, acuerdos, decretos y órdenes expedidos por el Presidente, para ser válidos deben ser firmados por el Secretario de Estado o Jefe de Departamento Administrativo a quien el asunto corresponda.²⁵

La administración pública federal es centralizada y paraestatal.²⁶ Una ley expedida por el Congreso distribuye los asuntos de orden administrativo de la federación que estarán a cargo de las secretarías de estado y departamentos administrativos.²⁷ Los secretarios de estado están obligados a informar al Congreso, periódicamente, sobre la marcha de la cartera a su cargo.²⁸

Poder Legislativo

El Poder Legislativo está conformado por el Congreso Federal,²⁹ que a su vez se compone de una Cámara de Senadores y una Cámara de Diputados.³⁰ El Senado está integrado por 128 senadores, elegidos para un periodo de seis años,³¹ y la Cámara de Diputados, por 500 diputados, cuyo periodo dura tres años.³² Las Cámaras de Senadores y Diputados sesionan independientemente y solo lo hacen conjuntamente cuando deben designar al Presidente de la República interino en ausencia del titular,³³ en la toma de posesión de dicho cargo³⁴ y en la apertura de las sesiones ordinarias del Congreso.³⁵

La función legislativa recae primordialmente en el Congreso.³⁶ En el proceso de formación de las leyes nacionales, el derecho a iniciativa legislativa la tienen los diputados, los senadores, el Presidente de la República y las legislaturas de los Estados.³⁷ Una vez aprobado un proyecto de ley por ambas cámaras, pasa al Presidente para que formule observaciones o para su promulgación, si éste no las tuviera.³⁸ Si el proyecto de ley no es devuelto con observaciones dentro de diez días útiles,

se reputará como aprobado por el Poder Ejecutivo.³⁹

Al Congreso, reunido en asamblea plenaria, le corresponde expedir normas sobre planificación del desarrollo económico y social para todo el país, establecer los delitos de carácter federal, dictar las normas sobre nacionalidad e imponer las contribuciones que sean necesarias para cubrir el Presupuesto Federal,⁴⁰ el cual debe ser aprobado por la Cámara de Diputados.⁴¹ Al Senado le corresponde aprobar los tratados internacionales suscritos por el Presidente.⁴² La Constitución establece que es deber del Congreso Federal y de las legislaturas de los estados, en el ámbito de sus competencias, establecer organismos de protección de los derechos humanos.⁴³ Estos organismos deben encargarse de formular recomendaciones públicas de carácter autónomo en materia de derechos humanos y entablar denuncias y quejas sobre violaciones a tales derechos, ante las autoridades respectivas.⁴⁴ En cumplimiento de esta disposición constitucional se creó la Comisión Nacional de Derechos Humanos, institución que ha servido de modelo a otras en las diferentes entidades federativas.

Poder Judicial

El sistema de administración de justicia deriva del derecho romano.⁴⁵ En México, los jueces tienen la función de interpretar la ley y aplicarla, mas no de crearla.⁴⁶ El Poder Judicial Federal está compuesto por la Suprema Corte de Justicia (Corte Suprema),⁴⁷ el Consejo de la Judicatura Federal,⁴⁸ el Tribunal Electoral,⁴⁹ los Tribunales Colegiados y Unitarios de Circuito⁵⁰ y los Juzgados de Distrito.⁵¹ La Corte Suprema está integrada por once miembros nombrados por el Senado, a propuesta del Presidente,⁵² por un período de quince años.⁵³ El Consejo de la Judicatura Federal es el organismo encargado de designar a los magistrados de los Tribunales de Distrito y a los Jueces de Distrito.⁵⁴ Para ambos tipos de funcionarios rigen las mismas reglas en cuanto a designación, ratificación, inamovilidad y destitución. El Tribunal Electoral es la máxima autoridad jurisdiccional en materia electoral, con excepción de la facultad atribuida a la Corte Suprema para juzgar las acciones de inconstitucionalidad respecto a las leyes electorales.⁵⁵ Tiene el carácter de órgano especializado del Poder Judicial Federal.⁵⁶

En 1994, el gobierno mexicano impulsó la adopción de reformas constitucionales destinadas a aumentar la autonomía del Poder Judicial.⁵⁷ Le otorgó a la Corte Suprema de Justicia, entre otras, la potestad de emitir declaraciones de inconstitucionalidad generales,⁵⁸ así como de revisar, en determinados casos, la legislación de los diferentes estados.⁵⁹

B. ESTRUCTURA DE LAS DIVISIONES TERRITORIALES

El territorio mexicano está compuesto por treinta y un estados y el Distrito Federal.⁶⁰ La ciudad de México es el Distrito

Federal, sede de los poderes de la Unión.⁶¹ Cada uno de los estados debe adoptar una forma de gobierno republicana, representativa y popular, teniendo al municipio como base de la división territorial y de la organización administrativa.⁶² La administración de los estados es paralela a la federal.⁶³ El gobierno federal y los estados pueden convenir en que estos últimos asuman funciones de la administración federal, ejecución de obras y prestación de servicios, para fines de desarrollo nacional y social.⁶⁴ En ningún caso, los estados pueden celebrar tratados y alianzas o establecerlos con otro estado ni con una potencia extranjera;⁶⁵ tampoco acuñar o emitir moneda, gravar el tránsito de personas o mercancías que atraviesen su territorio ni la circulación de bienes nacionales o extranjeros, contraer obligaciones o préstamos con gobiernos de otras naciones, sociedades o particulares extranjeros, entre otras prohibiciones establecidas en la Constitución Federal.⁶⁶

El poder público de los estados se divide en Ejecutivo, Legislativo y Judicial.⁶⁷ Los gobernadores, jefes del Poder Ejecutivo de los estados, son elegidos por sufragio directo por períodos de no más de seis años.⁶⁸ Los gobernadores de los estados tienen la obligación de publicar y hacer cumplir las leyes federales.⁶⁹ Las legislaturas de los estados están integradas por diputados elegidos de acuerdo a los principios de mayoría relativa y representación proporcional a la cantidad de votos.⁷⁰ Los estados tienen facultad para legislar en todas las materias que no estén expresamente atribuidas a la competencia federal.⁷¹ El Poder Judicial de los estados es ejercido por los tribunales establecidos por la Constitución de cada uno de ellos.⁷²

Los municipios son administrados por un ayuntamiento de elección popular directa.⁷³ Gozan de autonomía en el manejo de su patrimonio y les corresponde la prestación de algunos servicios públicos.⁷⁴ Los presidentes municipales y los funcionarios de los municipios (regidores y síndicos) son elegidos por elección directa y popular.⁷⁵

C. FUENTES DEL DERECHO

Fuentes nacionales

Las leyes que determinan la situación jurídica de las mujeres, incluidos sus derechos reproductivos, derivan de diversas fuentes. En el sistema jurídico mexicano, la Constitución Federal, las leyes constitucionales y los tratados internacionales, celebrados por el Presidente y aprobados por el Senado de la República, prevalecen sobre todas las demás normas federales y estatales.⁷⁶ La ley federal no es jerárquicamente superior a la ley estatal;⁷⁷ ambas se aplican de conformidad con las competencias asignadas por la Constitución Federal y las leyes constitucionales al legislador federal y local.⁷⁸ Los principios generales del Derecho⁷⁹ son fuentes legislativas, en ausencia de

la ley, en los juicios de orden civil.⁸⁰ Ninguna ley tiene efecto retroactivo, excepto cuando favorece al reo en materia penal.⁸¹

Fuentes internacionales

Múltiples tratados internacionales de derechos humanos reconocen y promueven derechos reproductivos específicos. Estos tratados comprometen legalmente a los gobiernos al imponer obligaciones para el avance y protección de tales derechos. Los tratados internacionales, una vez firmados por el Presidente de la República, deben ser sometidos a la aprobación del Senado,⁸² después de la cual forman parte de la legislación nacional y, junto con la Constitución y las leyes dadas por el Congreso, son ley suprema de la Unión.⁸³

México es Estado miembro de la Organización de Naciones Unidas (ONU) y de la Organización de Estados Americanos (OEA). Como tal, ha ratificado la mayoría de los tratados relevantes del Sistema Universal de los Derechos Humanos⁸⁴ y, en particular, aquellos referidos a la protección de los derechos humanos de las mujeres en el Sistema Universal e Interamericano, tales como la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW),⁸⁵ y ha suscrito la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará).⁸⁶

II. Examinando Salud y Derechos Reproductivos

La situación de la salud de la mujer en México ha mejorado en los últimos treinta años, lo cual se ve reflejado en la reducción de la mortalidad materna, el aumento de la tasa de esperanza de vida al nacer y en la reducción de la tasa de crecimiento de la población.⁸⁷

A. LEGISLACIÓN Y POLÍTICA SOBRE SALUD

Objetivos de la política en salud

La Constitución Federal fue reformada en 1982 para establecer el acceso de todas las personas a los servicios de salud, a través del Sistema Nacional de Salud (SNS).⁸⁸ La Constitución establece que toda persona tiene derecho a la protección de su salud;⁸⁹ la ley define las competencias que en esta materia corresponden a la federación así como a los estados.⁹⁰ La Secretaría de Salud⁹¹ es la entidad encargada de establecer y conducir la política nacional en materia de salud. Debe coordinar los programas de servicios de salud de las dependencias y entidades del SNS pertenecientes a la administración pública federal, y formular las recomendaciones a las dependencias encargadas de la asignación de recursos que requieran los programas de salud, de conformidad con la Ley General de Salud,⁹² norma de carácter federal.

La Constitución Federal establece también que el sistema de seguridad social debe garantizar especialmente el bienestar de la mujer durante el embarazo y la lactancia.⁹³ Son servicios básicos de salud, el cuidado materno infantil y la planificación familiar,⁹⁴ el primero de los cuales tiene carácter prioritario.⁹⁵

El programa actual del gobierno para el sector salud es el Programa Reforma del Sector Salud 1995-2000 (PRSS),⁹⁶ el cual desarrolla las estrategias gubernamentales a nivel nacional para alcanzar los objetivos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.⁹⁷ Tales objetivos son: promover la calidad y la eficiencia en la prestación de los servicios a través de la descentralización de los mismos; ampliar la cobertura de la atención de las instituciones de la seguridad social, facilitando la afiliación de la población no asalariada, y otorgar servicios básicos de salud a la población marginada rural y urbana.⁹⁸

Los programas establecidos para ejecutar la política de salud son: el Programa de Promoción y Fomento de la Salud, el Programa de Salud Infantil y Escolar, el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 (PSRPF), el Programa de Salud de Poblaciones Adulta y Anciana (PSPAA), los Programas de Salud para la Población General (PSPG), los Programas Regionales, y el Programa de Fomento Sanitario.⁹⁹

Infraestructura de servicios de salud

El Sistema Nacional de Salud (SNS) está compuesto por los establecimientos de salud públicos y privados.¹⁰⁰ El sector de los proveedores públicos se divide en el sistema de seguridad social para la población empleada (población asegurada), y el sistema de salud pública para la población no asegurada.¹⁰¹ Los mayores proveedores del servicio de seguridad social son: el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), para el sector privado,¹⁰² y el Instituto para la Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores Estatales (ISSSTE), para los empleados públicos.¹⁰³ Aproximadamente el 40% de la población está cubierta por el sistema de seguridad social.¹⁰⁴ La población que accede a este sistema está constituida fundamentalmente por trabajadores urbanos,¹⁰⁵ mientras que en el área rural solo el 16.7% de la población tiene acceso al sistema de seguridad social.¹⁰⁶

Para la población desempleada, los proveedores del servicio de salud son fundamentalmente las diferentes agencias del Estado, que comprenden la Secretaría de Salud, el Departamento del Distrito Federal (DDF), el Programa para el Desarrollo Integrado de la Familia (DIF) y el IMSS; este último provee servicios a la población no asegurada, independientemente de su rol como proveedor de la seguridad social.¹⁰⁷ La oferta estatal de bienes y servicios de salud dispone, aproximadamente, del 70% de las camas censables;¹⁰⁸ el

porcentaje restante corresponde a la oferta de servicios del sector privado.¹⁰⁹

Los servicios públicos de salud no alcanzan a cubrir a los grupos más vulnerables de la población, que suman aproximadamente diez millones de habitantes.¹¹⁰ En el período comprendido entre 1991 y 1993, aumentó el porcentaje de mujeres que no tiene acceso a servicios médicos de 54% a 59%.¹¹¹ Respecto a los recursos humanos, en 1992 había aproximadamente 100.000 médicos empleados por el Estado, de los cuales el 39% trabajaba para el servicio público de salud y el restante 56% trabajaba en el IMSS y el ISSSTE.¹¹² En 1995, había 130.4 médicos por cada cien mil habitantes.¹¹³ La oferta estatal de bienes y servicios de salud emplea 66% de los médicos y brinda alrededor de 68% de las consultas médicas.¹¹⁴ Como muestra del impacto en la salud reproductiva de las mujeres, se estima que el 87% de los partos es atendido por médicos, el 2%, por enfermeras, el 9%, por parteras, y el 2% no cuenta con atención de personal entrenado.¹¹⁵

Financiamiento de los servicios de salud

Desde 1980, la inversión en el sector salud ha permanecido constante, aproximadamente en el 2% del producto bruto nacional (PBN).¹¹⁶ Los servicios de salud prestados a la población que no está cubierta por el sistema de seguridad social están financiados primordialmente por el gobierno federal.¹¹⁷ Los servicios públicos que brinda la Secretaría de Salud se financian mediante una tarifa pagada por el paciente, que varía de acuerdo a los ingresos de la persona y el tipo de servicio que se presta;¹¹⁸ sin embargo, en 1992, menos del 10% del presupuesto de la Secretaría de Salud provenía de las tarifas cobradas,¹¹⁹ el gobierno federal asume, pues, casi la totalidad del costo de los servicios.¹²⁰ Sólo el 2% de la población mexicana está cubierto por compañías de seguros de salud privadas.¹²¹

El financiamiento de la seguridad social depende fundamentalmente de las contribuciones de los empleados y empleadores, así como de los aportes del gobierno federal.¹²² El presupuesto del sistema de seguridad social, está financiado por el empleador (70%), el empleado (25%) y por el gobierno federal (5%).¹²³ El 12.5% del salario de los empleados es deducido como aporte al sistema de seguridad social;¹²⁴ los servicios de salud de este sistema cubren también a los dependientes de los asegurados¹²⁵ y comprenden tanto las citas médicas como los medicamentos.¹²⁶

Normatividad sobre los profesionales en salud

La Constitución Federal establece que la regulación de las profesiones que exigen título profesional para su ejercicio, requisitos y autoridades competentes para expedirlo, es de competencia estatal. La Ley General de Salud dispone que la

Secretaría de Salud y los gobiernos de los estados -dentro del ámbito de sus competencias- deben vigilar el ejercicio de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud.¹²⁷ Asimismo, deben impulsar la constitución de colegios, asociaciones y organizaciones de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud,¹²⁸ para que sirvan como instancias éticas del ejercicio de las profesiones y como consultores de las autoridades sanitarias.¹²⁹ Según la misma ley, el ejercicio de las actividades técnicas y auxiliares, que exige conocimientos específicos en los campos de la medicina y la enfermería, también requiere de diplomas legalmente expedidos.¹³⁰

El reglamento de la Ley General de Salud, en materia de prestación de servicios de atención médica,¹³¹ contiene disposiciones específicas para los proveedores de salud reproductiva. Establece que los responsables de hospitales gineco-obstétricos deben tener un mínimo de cinco años de experiencia en el ejercicio de su especialidad.¹³² El personal no profesional puede ser autorizado para brindar servicios de obstetricia y planificación familiar, cuando reciban capacitación y con autorización expedida por la Secretaría de Salud.¹³³ Las secretarías de salud de los estados deben llevar un registro de los permisos que se expidan al personal no profesional autorizado para la prestación de servicios de atención obstétrica.¹³⁴

Derechos de los pacientes

La Ley General de Salud establece que los usuarios tienen derecho a "obtener prestaciones de salud oportunas, de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales técnicos y auxiliares".¹³⁵ Las autoridades sanitarias y las instituciones de salud están obligadas a regular procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud; deben instaurar mecanismos para la presentación de quejas, reclamos y sugerencias relacionados con el servicio de salud.¹³⁶ La Ley General de Salud alienta la participación de la comunidad en los programas de protección de la salud y en la prestación de los servicios, a través de la provisión de información a las autoridades sobre las irregularidades o deficiencias que los usuarios adviertan en dicha prestación.¹³⁷

La relación entre el médico y el paciente es materia de regulación estatal y los conflictos pueden ser planteados a través de juicios civiles y penales, entre otros.¹³⁸ A través de un decreto presidencial,¹³⁹ se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CODAM).¹⁴⁰ Esta instancia, aunque no es obligatoria, se encarga de resolver los conflictos que surjan entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.¹⁴¹ Tiene las siguientes funciones: brindar

información a los usuarios y prestadores de servicios médicos acerca de sus derechos y obligaciones; atender las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos; intervenir en “amigable composición” para conciliar conflictos derivados de la prestación de los servicios; y emitir laudos, cuando las partes se sometan a su arbitraje.¹⁴² Asimismo, la CODAM expresa opiniones sobre las quejas que conozca¹⁴³ y debe remitir a la Comisión Nacional de Derechos Humanos la documentación y los informes que ésta le solicite, relacionados con quejas que sean de competencia de dicha comisión.¹⁴⁴

La negligencia médica está sancionada por las leyes penales de los diversos estados. Para el Distrito Federal, el Código Penal establece penas agravadas para los homicidios y lesiones¹⁴⁵ causados por profesionales de la salud en ejercicio de sus funciones o con motivo del desarrollo de las mismas.¹⁴⁶

B. POBLACIÓN, SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La política de población de México está contenida en la Ley General de Población¹⁴⁷ y su reglamento,¹⁴⁸ y en el Programa Nacional de Población 1995-2000 (PNP).¹⁴⁹ Las leyes y política de planificación familiar están contenidas en la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar¹⁵⁰ y en el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.¹⁵¹

Legislación y política de población

La Ley General de Población establece que el objetivo fundamental de la política de población es “regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que participe justa y equitativamente de los beneficios de desarrollo económico y social”.¹⁵² La política de población tiene los siguientes objetivos específicos: promover que la evolución de los fenómenos demográficos armonice con los procesos de desarrollo económico y social; propiciar que la distribución territorial de la población se adecúe a las posibilidades de desarrollo regional; y promover la participación de la mujer en los procesos de desarrollo económico, educativo, social, cultural y político.¹⁵³ El gobierno federal, a través de su Secretaría de Gobernación, debe dictar, promover y coordinar las políticas demográficas federales.¹⁵⁴

El Consejo Nacional de Población (CNP)¹⁵⁵ es el encargado del planeamiento demográfico del país¹⁵⁶ y una de sus funciones principales es incluir los objetivos poblacionales en los programas de desarrollo económico y social que formulen las entidades gubernamentales.¹⁵⁷ Las metas demográficas del gobierno mexicano son: alcanzar una tasa de crecimiento de 1.75%, para el año 2000, y 1.45%, para el año 2005, respecto a la tasa actual de crecimiento de 2.05%; alcanzar

una tasa global de fecundidad de 2.4 hijos por mujer, para el año 2000, y 2.1 hijos por mujer, para el año 2005, respecto a la actual de 2.9% hijos por cada mujer.¹⁵⁸

Legislación y políticas en salud reproductiva y planificación familiar

La Constitución Federal reconoce el derecho a decidir de manera libre, responsable e informada, el número de hijos y el período de tiempo entre ellos.¹⁵⁹ La salud reproductiva y la planificación familiar son consideradas por el gobierno mexicano como “ejes estratégicos de desarrollo del país”.¹⁶⁰ En el marco de los lineamientos establecidos en el PNP y el Programa Nacional de la Mujer, se constituyó el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000 (PSRPF),¹⁶¹ como parte del programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 (PRSS).¹⁶² El PSRPF tiene como objetivo integrar los servicios de salud reproductiva, planificación familiar, atención materno-infantil, enfermedades de transmisión sexual, cáncer cervicouterino y mamario, y riesgo preconcepcional.¹⁶³ Para atender estos servicios se crearon seis subprogramas dentro del PRSS, cada uno dirigido a cubrir las áreas antes mencionadas.

El subprograma de planificación familiar tiene como objetivos: fortalecer y ampliar la cobertura y calidad de la información, educación y servicios en planificación familiar, con especial énfasis en las áreas rurales; contribuir a la disminución de la fecundidad; reducir el número de embarazos no deseados, no planeados o de alto riesgo; y ampliar las acciones de diversificación de métodos anticonceptivos modernos.¹⁶⁴

Las metas del gobierno federal, con relación a las políticas de salud reproductiva y planificación familiar, son, entre otras: aumentar a 70% la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos de las mujeres en edad fértil que viven en pareja, para el año 2000, en comparación al promedio actual de 64%; aumentar la cobertura de anticoncepción de las mujeres que han tenido hijos a 70%, siendo el promedio actual de 51%; aumentar el número de vasectomías; y reducir la mortalidad materna de 48 por cada 10,000 nacidos vivos, en un 50%.¹⁶⁵

Servicios gubernamentales de planificación familiar

La Ley General de Salud establece que los servicios de planificación familiar tienen carácter prioritario dentro de la prestación general de los servicios de salud.¹⁶⁶ La Norma Oficial de los Servicios de Planificación Familiar (NOSPF) establece los principios, criterios de operación y estrategias para la prestación de servicios de planificación familiar;¹⁶⁷ regula las actividades de promoción y difusión de los métodos de planificación familiar, la información, labores de consejería, y la prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.¹⁶⁸ La

NOSPF establece también el deber de los proveedores de salud de informar a las personas sobre los diferentes métodos anticonceptivos y de contar con su consentimiento en la selección de uno en particular.¹⁶⁹

Los servicios de planificación familiar provistos por el Estado incluyen información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos.¹⁷⁰ Estos servicios y los insumos anticonceptivos son gratuitos.¹⁷¹ Los servicios públicos suministran, en particular, los métodos hormonales orales, inyectables y subdérmicos, los dispositivos intrauterinos, la esterilización, la vasectomía, los métodos de barrera y los espermicidas.¹⁷²

La participación del sector público en la provisión de los servicios de planificación familiar ha aumentado en los últimos años. En 1979, solo el 51.1% del total de las usuarias de anticonceptivos modernos asistía a alguna institución del sector público a solicitar este servicio;¹⁷³ en 1995, este número ascendió a 72%.¹⁷⁴ Dentro del sector público, el IMSS y la Secretaría de Salud constituyen las principales fuentes de obtención de anticonceptivos con el 44.1% y 16.5%, respectivamente.¹⁷⁵ El sector privado (farmacias, consultorios y otros) facilita el 28.9% de los métodos anticonceptivos.¹⁷⁶

C. ANTICONCEPCIÓN

Prevalencia de métodos anticonceptivos

En 1995, el 66.5% de las mujeres en edad fértil que vivían en pareja usaban algún método de planificación familiar.¹⁷⁷ Los métodos anticonceptivos más conocidos son la píldora, la esterilización femenina, el dispositivo intrauterino (DIU) y los métodos tradicionales.¹⁷⁸ La esterilización es el más usado entre las mujeres en edad fértil, con un promedio de 43.3%.¹⁷⁹ La píldora y el DIU también son frecuentemente utilizados, con un promedio de 15.3% y 17.7%, respectivamente.¹⁸⁰ El uso de métodos anticonceptivos es más frecuente en la mujeres de mayor nivel de instrucción y las residentes en las zonas urbanas.¹⁸¹ Asimismo, el mayor espaciamiento entre los embarazos se da en las mujeres que viven en zonas urbanas.¹⁸²

Situación legal de la anticoncepción

La única prohibición legal sobre métodos de anticoncepción en la legislación mexicana es la del aborto como método de planificación familiar.¹⁸³ En cuanto al control de los insumos anticonceptivos, la Secretaría de Salud está encargada de la regulación sanitaria de todos los medicamentos y otros insumos para la salud.¹⁸⁴ Estos deben contar con autorización sanitaria, según el procedimiento establecido por la Ley General de Salud.¹⁸⁵ Esta norma indica que el proceso de fabricación, preparación, conservación, envasado, manipulación y distribución de los medicamentos e insumos para la salud debe realizarse en condiciones higiénicas, sin adulteración,

contaminación o alteración.¹⁸⁶

Regulación de la información sobre anticoncepción

La Secretaría de Salud es la encargada de autorizar la publicidad en materia de salud¹⁸⁷ y de coordinar la publicidad de las instituciones del sector público a ese respecto.¹⁸⁸ La Ley General de Salud establece que la publicidad de los medicamentos está clasificada de acuerdo al público, la que se dirige a los profesionales de la salud no requiere autorización, salvo que existan reglamentos para casos específicos.¹⁸⁹ Con relación a la publicidad masiva, ésta solo se permite cuando se trate de medicamentos de venta libre.¹⁹⁰ En estos casos, la publicidad debe ceñirse a la difusión de las características generales de los productos, sus propiedades y modalidades de empleo, señalando la conveniencia de consulta médica para su uso.¹⁹¹

Esterilización

En México, la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) es el método más difundido y usado entre las mujeres en edad fértil, con una prevalencia de 43.3% respecto a los demás métodos.¹⁹² La esterilización quirúrgica está autorizada en México y se halla regulada por la NOSPF. En esta norma se establecen como requisitos para la realización de la esterilización, que se haya ofrecido el servicio de consejería a la paciente y que ésta preste su consentimiento consciente y voluntario, el cual debe quedar documentado por escrito.¹⁹³

D. ABORTO

Estadísticas oficiales establecen que en México ocurren entre 200.000 y 850.000 abortos por año.¹⁹⁴ Algunas instituciones internacionales y organismos no gubernamentales estiman que esta cifra es más elevada, y que en ese país se producen entre 500.000 y 1.500.000 abortos por año.¹⁹⁵

Situación jurídica del aborto

En México, el aborto es ilegal y constituye una de las materias de regulación que compete a las legislaturas de los estados.¹⁹⁶ En esta sección se describen las leyes penales que regulan el aborto en diversos estados mexicanos, que representan las variables más saltantes de la legislación sobre aborto en México. Dichas leyes castigan a la mujer que aborta, así como a la persona que realiza el aborto con el consentimiento de la mujer.¹⁹⁷ La mayoría de los estados en México establecen causas excepcionales bajo las cuales no se sanciona el aborto. En el marco de un análisis comparativo, son circunstancias excepcionales: el aborto culposo o por imprudencia (accidental) de la madre (en veintinueve estados y en el Distrito Federal);¹⁹⁸ cuando el embarazo se dio como resultado de una violación sexual (en treinta estados y en el Distrito Federal);¹⁹⁹ cuando se realiza para salvar la vida de la

madre (en veintiocho estados y en el Distrito Federal);²⁰⁰ cuando el embarazo ha sido el resultado de inseminación artificial no consentida (en dos estados);²⁰¹ aborto por razones eugenésicas (en nueve estados);²⁰² cuando el embarazo podría causar un daño grave a la salud de la madre (en nueve estados).²⁰³ Solo un estado considera no punible el aborto cuando obedece a causas económicas graves y justificadas, siempre y cuando la mujer tenga al menos tres hijos.²⁰⁴ Los requisitos para obtener aborto por las causas excepcionales mencionadas varían de acuerdo a los estados.²⁰⁵

Penalidad por aborto

En el Distrito Federal y en los diferentes estados las mujeres que inducen su propio aborto o consienten su práctica, son sancionadas con penas de prisión que oscilan entre seis meses y cinco años.²⁰⁶ La mayoría de los estados determinan como causales atenuantes de la pena que se impone a la mujer que aborta, las siguientes: el hecho de que no adquiriera 'mala fama', que haya logrado ocultar su embarazo, que éste sea fruto de una unión ilegítima y que el aborto se efectúe dentro de los primeros cinco meses de embarazo.²⁰⁷ Cuando existen estas circunstancias, la pena es de seis meses a un año de prisión.²⁰⁸ En el Distrito Federal y los estados, a las personas que realizan el aborto también se les impone una pena de prisión que oscila entre uno y tres años.²⁰⁹ Si el aborto lo induce un médico, cirujano o partero, además de la sanción penal, éste será suspendido del ejercicio de su profesión durante dos a cinco años.²¹⁰ La sanción oscila entre uno y ocho años cuando se efectúa el aborto en la mujer sin su consentimiento.²¹¹

E. VIH/SIDA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

Analizar el problema del VIH/SIDA en el marco de los derechos reproductivos es esencial, ya que ambos tópicos están interrelacionados desde los puntos de vista médico y de salud pública. Más aún, una evaluación completa de las leyes y políticas que afectan la salud reproductiva en México debe examinar la situación de VIH/SIDA, por la dimensión y las implicaciones de ambas enfermedades reflejadas en las cifras que se detallan a continuación. El número de casos notificados de SIDA, en el período comprendido entre 1983 y 1994, ascendió de seis casos, en 1983, a un total de más de 21.000 casos notificados hasta 1994.²¹² En este último, el 13% de los casos de VIH-SIDA correspondió a mujeres.²¹³ La transfusión sanguínea es la vía de transmisión más común en las mujeres, y representa el 56.5% de los casos de SIDA en mujeres adultas.²¹⁴ La transmisión sexual es la vía de infección en cuatro de cada diez casos de SIDA en mujeres.²¹⁵ En 1995, se calculó que la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas fue de uno en tres mil casos, y se estima que ocurren quinientos

embarazos por año en mujeres infectadas.²¹⁶

Legislación sobre VIH/SIDA y ETS

En 1995, el gobierno mexicano expidió la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (Norma sobre VIH/SIDA).²¹⁷ Esta tiene como objetivo uniformar los principios y criterios de operación de la red de establecimientos que conforman el Sistema Nacional de Salud,²¹⁸ relacionados con las actividades de prevención y control del VIH/SIDA.²¹⁹ Considera la necesidad de tomar medidas preventivas, orientadas a la información, educación y participación de la comunidad con el fin de reducir el riesgo de infección.²²⁰ La Norma sobre VIH/SIDA establece la obligatoria confidencialidad en el manejo de la información de los pacientes con VIH/SIDA,²²¹ e indica que todas las instituciones de salud están obligadas a prestar atención de emergencia a los pacientes con VIH/SIDA, de manera respetuosa.²²² La Norma sobre VIH/SIDA también contiene las recomendaciones y los preceptos técnicos sobre tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA, dirigidos a los proveedores de salud.²²³ Las organizaciones encargadas de vigilar su cumplimiento son la Secretaría de Salud y los gobiernos de los estados, en el ámbito de sus competencias.²²⁴

Políticas sobre prevención y tratamiento de VIH/SIDA y ETS

El programa del gobierno, orientado hacia la prevención y tratamiento del VIH/SIDA y las ETS, está diseñado como un subprograma dentro del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000.²²⁵ El subprograma de Prevención y Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA (PCETS y VIH/SIDA) tiene como objetivo fundamental disminuir la morbilidad y la mortalidad ocasionadas por esta patología.²²⁶ Busca ampliar el acceso de la población a información apropiada y a servicios de calidad para la prevención, diagnóstico y control de las ETS y VIH/SIDA.²²⁷ Para el cumplimiento de estos objetivos se han diseñado tres estrategias: a) la implementación de un programa permanente de comunicación educativa y social, que promueva el ejercicio responsable y seguro de la sexualidad; b) la incorporación, en el primer nivel de atención en salud, de información y servicios contra enfermedades de transmisión sexual; y, c) el diseño de acciones de prevención, diagnóstico oportuno, referencia y notificación de nuevos casos de VIH/SIDA.

Como metas del PCTS y VIH/SIDA para el año 2000, se espera que la incidencia de las ETS en toda la población disminuya en un 30%;²²⁸ que el número de niños infectados con VIH durante el embarazo, parto o lactancia descienda en un 50%; y que de las personas infectadas con VIH se alcance a

detectar y proporcionar atención oportuna al 80%.²²⁹

III. Entendiendo el Ejercicio de los Derechos Reproductivos: Situación Jurídica de la Mujer

La salud y los derechos reproductivos de las mujeres no pueden ser plenamente entendidos si no se analiza su situación jurídica y social. La situación legal de las mujeres no solo es un reflejo de las actitudes sociales que afectan sus derechos reproductivos, sino que, a menudo, las leyes tienen un impacto directo sobre el ejercicio de los derechos reproductivos. Las características de las relaciones de pareja y de familia, el nivel educativo, el acceso a recursos económicos y protección legal, determinan las posibilidades de las mujeres para decidir sobre sus necesidades en salud reproductiva y sus derechos en la obtención de servicios de atención a su salud. Aunque la situación de las mujeres mexicanas ha mejorado significativamente en las últimas décadas,²³⁰ hay sectores, como el de las mujeres indígenas, las mujeres cabeza de familia y las que residen en el área rural, que se encuentran en estado de mayor pobreza y marginación.²³¹

La Constitución determina la plena igualdad jurídica del hombre y de la mujer.²³² En el mismo sentido, la Ley General de Población y el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 han establecido, como uno de sus objetivos, la promoción y participación de las mujeres en el desarrollo del país.²³³ Pese a tales disposiciones, los códigos sobre diversas materias, en muchos de los estados mexicanos, contienen normas discriminatorias y subordinantes de la situación jurídica de las mujeres. Algunos códigos aún requieren que las mujeres cuenten con la autorización del marido para trabajar o firmar contratos,²³⁴ y en algunos estados la pena que recibe la violación sexual es más leve que la que recibiría el robo de un animal.²³⁵ Muchas mujeres mexicanas cargan con toda la responsabilidad de la crianza de los hijos y el trabajo doméstico, sin que su trabajo sea reconocido como aporte al patrimonio familiar.²³⁶

La siguiente sección provee información sobre las normas que regulan aquellas áreas de la vida de las mujeres que tienen una consecuencia directa en su salud. Se analizarán las normas del Distrito Federal, para aquellas materias dejadas al fuero de los estados, y las normas de aplicación federal para las materias dejadas por la Constitución Política a ese fuero. No obstante, en algunos casos, se mencionarán normas o provisiones de algunos estados que revistan interés para el tema que se trate.

A. DERECHOS CIVILES DENTRO DEL MATRIMONIO

Matrimonio

La Constitución Política Mexicana establece que es función primordial de la ley proteger la organización y el desarrollo de la familia.²³⁷ La regulación del matrimonio es de materia estatal. El Código Civil para el Distrito Federal en materia común y para toda la República en materia federal (Código Civil del D.F.) establece que el matrimonio es un contrato que debe celebrarse ante los funcionarios competentes, de acuerdo con la formalidades prescritas en la ley.²³⁸ La edad mínima para contraer matrimonio libremente son los 18 años.²³⁹

La mujer y el hombre están obligados a contribuir al sostenimiento del hogar y a socorrerse mutuamente.²⁴⁰ Ambos cónyuges, siendo mayores de edad, tienen la capacidad para administrar y disponer de los bienes propios.²⁴¹ De común acuerdo, tienen derecho a decidir sobre el número y el periodo entre sus hijos.²⁴² Los derechos y obligaciones que surgen como consecuencia del matrimonio son iguales para los cónyuges, independientemente de su aporte al sostenimiento del hogar.²⁴³ Al padre y a la madre les corresponde ejercer de manera conjunta el manejo del hogar, la educación y formación de los hijos.²⁴⁴ En el Distrito Federal, la ley penal tipifica el delito de adulterio, asignándole una pena privativa de la libertad de un máximo de dos años de prisión, e inhabilitación de los derechos civiles hasta por seis años.²⁴⁵

Regulación de las uniones de hecho

También la regulación de las uniones de hecho es de competencia de cada estado. El Código Civil del D.F. reglamenta diversos aspectos de las uniones de hecho bajo la denominación de "concubinato", aunque no lo regula específicamente. Establece que la concubina y el concubinario tienen derecho a heredarse de acuerdo con las reglas de sucesión aplicables a los cónyuges,²⁴⁶ cuando la convivencia haya durado cinco años o si tienen hijos en común, siempre y cuando ninguno haya estado casado durante el concubinato.²⁴⁷ Si al morir uno de los concubinos, le sobreviven varias concubinas o concubinarios, ninguno de ellos tiene derecho a heredar.²⁴⁸ Igualmente, se determina que los concubinos están obligados, como en el caso de los cónyuges, a otorgarse alimentos recíprocamente.²⁴⁹ Asimismo, la legislación civil establece la presunción de paternidad en favor de los hijos del concubinario y la concubina.²⁵⁰

Divorcio y custodia

El matrimonio civil en México se disuelve por divorcio.²⁵¹ Las causales de divorcio son, entre otras: el adulterio; el hecho de que la mujer dé a luz durante el matrimonio a un hijo concebido con anterioridad al matrimonio y que no sea del cónyuge; la propuesta del marido para prostituir a su mujer; el

incumplimiento de los deberes como cónyuge o como padre o madre; el trato cruel al cónyuge; la conducta de uno de los cónyuges tendiente a corromper a los hijos; las injurias graves contra uno de los cónyuges; la embriaguez o uso constante de drogas; y el mutuo consentimiento.²⁵² La sentencia que decreta el divorcio decide sobre la custodia y el cuidado de los hijos y las obligaciones alimentarias.²⁵³ Los bienes se dividen por la mitad entre ambos cónyuges, cuando el matrimonio fue contraído bajo el régimen de sociedad conyugal,²⁵⁴ tomándose las precauciones que aseguren el cumplimiento de las obligaciones entre los cónyuges o con los hijos.²⁵⁵ Los gastos de sostenimiento del hogar, alimentación y educación de los hijos, e incluso los alimentos del cónyuge cuando la ley lo determine, deben ser cumplidos por los cónyuges en la medida planteada por la ley en caso de separación y divorcio.²⁵⁶ El cónyuge culpable pierde todo lo que el cónyuge inocente le hubiere dado o prometido, y el cónyuge inocente conserva lo recibido y puede reclamar lo pactado en su provecho.²⁵⁷

B. DERECHOS SOCIOECONÓMICOS

Acceso a la propiedad

No existen limitaciones o disposiciones discriminatorias en contra de la mujer en las leyes que regulan las herencias y legados.²⁵⁸ De manera general, se establece que son incapaces de adquirir por testamento las personas que hayan sido condenadas por un delito en contra del autor de la herencia, y el cónyuge que, mediante juicio, ha sido declarado adúltero.²⁵⁹

Derechos laborales

Las mujeres han aumentado su participación en la fuerza laboral en México, y han llegado a constituir, en 1995, el 35% de la población económicamente activa.²⁶⁰ La mujer participa primordialmente en trabajos asalariados, en trabajos por cuenta propia y en trabajos familiares sin pago.²⁶¹ Las mujeres perciben ingresos más bajos que los hombres.²⁶² En 1991, el 74% de las mujeres ganaba hasta dos salarios mínimos, en tanto que sólo el 54% de los hombres devengaba el mismo ingreso.

México ha suscrito algunos convenios internacionales de protección a la mujer en materia laboral, tales como el Convenio N° 100, sobre igualdad de remuneración,²⁶³ y el Convenio N° III, sobre discriminación en materia de empleo y ocupación.²⁶⁴ La Constitución Política reconoce que toda persona tiene "derecho a un trabajo digno y socialmente útil"²⁶⁵ y también establece que para trabajo igual debe corresponder un salario igual, sin discriminación por sexo o nacionalidad.²⁶⁶ Reconoce, por otro lado, la protección especial a la maternidad,²⁶⁷ señalando que la mujer embarazada no debe realizar trabajos que impliquen riesgo para su salud.²⁶⁸ Asimismo, dispone que la trabajadora gestante tiene derecho a una licencia pre-natal de seis semanas y a una licencia post-

natal de seis semanas, remuneradas con el equivalente al salario vigente al momento del descanso.²⁶⁹

La Ley Federal de Trabajo²⁷⁰ establece que las mujeres disfrutan de los mismos derechos y tienen las mismas obligaciones que los hombres.²⁷¹ La mujer tiene derecho a que le prorroguen la licencia pre-natal o post-natal cuando no le sea posible trabajar por motivo del embarazo o el parto, caso en el cual se le reconocerá el 50% de su salario hasta por un período de sesenta días.²⁷² La mujer tiene derecho a reintegrarse a su trabajo una vez haya disfrutado su licencia.²⁷³ Igualmente, el empleador está en la obligación de conceder a la trabajadora dos descansos dentro de la jornada de trabajo, de treinta minutos cada uno, para amamantar a su hijo(a).²⁷⁴

Acceso al crédito

En México no existe legislación que restrinja el acceso de las mujeres al crédito. Sin embargo, dado que en la práctica el acceso de la mujer rural al crédito es limitado, el gobierno mexicano ha expedido legislación para apoyar de manera especial el acceso al crédito de la mujer rural.²⁷⁵ Algunos instrumentos que se han usado para posibilitar el acceso de las mujeres campesinas al crédito han sido: el establecimiento de las Unidades Agrícolas Industriales para la Mujer Campesina (UAIM),²⁷⁶ y el Programa de Apoyo a Proyectos Productivos de la Mujer Campesina.²⁷⁷

Acceso a la educación

Aunque la participación femenina en la educación secundaria y superior ha aumentado considerablemente en las últimas décadas,²⁷⁸ la tasa de analfabetismo de la población femenina, en 1995, era de 15.2%.²⁷⁹ Aproximadamente dos de cada tres personas adultas analfabetas son mujeres.²⁸⁰ La población femenina con menor nivel de educación se encuentra en el área rural.²⁸¹ No hay diferencias marcadas en el acceso de niñas y niños a la primaria, sin embargo, a los catorce años, el 32.5% de las niñas y el 27.5% de los niños ya no asiste a la escuela.²⁸²

La Constitución Política establece que todas las personas tienen derecho a recibir educación.²⁸³ El Estado Federal, los estados y los municipios están en la obligación de impartir educación pre-escolar, primaria y secundaria, la cual será gratuita.²⁸⁴

Instancias para la mujer

El Programa Nacional de la Mujer 1995-2000 (PNM) está siendo desarrollado por la Secretaría de la Gobernación de México con el fin de erradicar las condiciones de discriminación que afectan a las mujeres.²⁸⁵ Dentro del PNM, se establece la creación de un Consejo Consultivo para impulsar la participación de todos los sectores e instituciones involucrados en las acciones del programa.²⁸⁶ El Consejo

Consultivo debe identificar las instancias responsables de las diferentes políticas, con el fin de que tales instancias participen en la formulación y adopción de las políticas planteadas en el PNM.²⁸⁷ Asimismo, el gobierno ha establecido la creación de una Contraloría Social que tiene la función de difundir, analizar y actualizar el registro de las instituciones que participan en el PNM, así como de asegurar la disponibilidad de datos confiables que faciliten el seguimiento de las políticas en favor de las mujeres mexicanas.²⁸⁸

C. DERECHO A LA INTEGRIDAD FÍSICA

En México, la violencia contra la mujer no ha sido investigada de manera sistemática.²⁸⁹ Asimismo, no se cuenta con información sobre la incidencia de la violencia contra las mujeres, debido al bajo porcentaje de denuncias que se presentan.²⁹⁰ Se estima, por ejemplo, que solo una de cada diez violaciones sexuales es denunciada ante las autoridades.²⁹¹ Un estudio realizado en el Distrito Federal muestra que del total de denuncias presentadas a la Procuraduría General, el 87% de las víctimas son mujeres. Otro estudio realizado en el mismo distrito señala que una de las razones principales para el desencadenamiento de la violencia contra las mujeres es forzar su negativa a mantener relaciones sexuales no deseadas por ella.²⁹² La incidencia de la violencia contra las mujeres en la pareja es tal, que se recomienda que sea tratada como un problema de salud pública.²⁹³

Violación sexual

La regulación de los delitos sexuales compete al fuero de los estados. La mayoría de estos legislan el delito de violación sexual conjuntamente con los delitos de atentados contra el pudor y el rapto. Asimismo, tipifican otros delitos sexuales específicamente para adolescentes y menores, como el estupro, el incesto y la corrupción de menores.²⁹⁴ Algunos estados sancionan, entre los delitos sexuales, situaciones peculiares como a quien obtenga una relación sexual con una mujer fingiendo ser su marido o concubino.²⁹⁵

En el Distrito Federal, la violación sexual constituye un delito contra “la libertad y el normal desarrollo psicosexual”.²⁹⁶ Comete delito de violación sexual quien mediante violencia física o moral realice “la cópula” con persona de cualquier sexo.²⁹⁷ La pena en este caso es de ocho a catorce años de prisión.²⁹⁸ El mismo código equipara a la violación la conducta de quien, sin violencia, realice la cópula con una persona menor de doce años, así como la de quien, sin violencia, realice la cópula con una persona que no comprenda el significado del acto sexual o que no pueda oponerse.²⁹⁹ A estos delitos se les asigna penas de ocho a catorce años de prisión.³⁰⁰

Los delitos denominados atentados contra el pudor se configuran cuando el agresor ejecute actos sexuales diferentes a

la cópula en una persona sin su consentimiento,³⁰¹ y son penados con tres meses a dos años de prisión.³⁰² Cuando tales actos sexuales son realizados con una persona que no tenga la capacidad de comprender el significado del acto sexual, o que no pueda oponerse, o sea obligada a ejecutarlo, se aplica una pena de seis meses a tres años de prisión.³⁰³ Las circunstancias de agravación punitiva para estos delitos son: si se comete con la participación de otras personas;³⁰⁴ si el autor del delito es un ascendiente, hermano, tutor, o padrastro de la víctima;³⁰⁵ si el delito es cometido por quien desempeña un cargo público o se aprovecha del ejercicio de su profesión para consumarlo; y cuando el delito es perpetrado por la persona que tiene a la víctima bajo su custodia o aprovecha de la confianza en él depositada.³⁰⁶

En México, el delito de rapto, dentro de los delitos sexuales, tiene algunas excepciones, ya que algunos estados solo tipifican el rapto dentro de los delitos contra la libertad y la seguridad personales,³⁰⁷ y en esos casos solo se sanciona el rapto de la mujer mayor de 18 años, cuando se realiza con uso de violencia física o moral.³⁰⁸ Muy pocos estados tipifican el rapto de un varón menor por una mujer.³⁰⁹ El Código Penal del Distrito Federal tipifica el rapto como el acto de quien “se apodere de una mujer por medio de violencia física o moral, de la seducción o engaño, para satisfacer algún deseo erótico-sexual o para casarse”, e impone una sanción de seis meses a seis años de prisión y multa de 50 a 500 pesos.³¹⁰

La violación sexual dentro de la pareja no es un delito sancionado por la legislación penal mexicana. En junio de 1997, la Corte Suprema de Justicia de México estableció que la relación sexual entre cónyuges, obtenida mediante violencia, no constituye un delito sino el “ejercicio indebido de un derecho”.³¹¹ Esta sentencia ratifica una anterior decisión de dicha corte sobre la misma materia, dada en 1994.³¹² En 1995, solo el Código Penal del Estado de Querétaro sancionaba como delito la violación entre cónyuges.³¹³ Los delitos sexuales cometidos contra adolescentes y menores se analizarán en el respectivo capítulo.

Acoso sexual

El acoso sexual es un delito cuya regulación compete al fuero de los estados. El Código Penal del Distrito Federal establece que comete el delito de hostigamiento sexual el que “con fines lascivos asedie reiteradamente a persona de cualquier sexo, valiéndose de su posición jerárquica, derivada de sus relaciones laborales, docentes, domésticas o cualquiera otra que implique subordinación”.³¹⁴ La sanción prevista en la legislación penal para esta conducta es una multa.³¹⁵ Cuando el hostigador es un empleado público que se vale de su cargo para realizar el hostigamiento, éste deberá ser destituido.³¹⁶ La legislación penal

establece como condición de punibilidad del hostigamiento sexual que se haya causado un daño o perjuicio.³¹⁷ Asimismo, la persona ofendida es la única que puede entablar la acción penal contra el hostigador.³¹⁸

Violencia doméstica

No existen estadísticas sistematizadas sobre la dimensión de la violencia doméstica en México, sin embargo, los indicadores existentes muestran que es un problema grave que requiere atención del sistema legal y de las autoridades de salud para enfrentarlo.³¹⁹ Un estudio realizado por la Secretaría de Salud del Distrito Federal, entre mujeres de 14 a 57 años que fueron golpeadas por su pareja, evidenció que la mayor parte de las víctimas eran madres de entre 22 y 29 años de edad y que el 90% eran golpeadas en presencia de sus hijos.³²⁰ El 22% de las mujeres golpeadas eran analfabetas o con primaria incompleta, el 44% había concluido la primaria o tenía estudios secundarios, el 34% restante tenían estudios superiores o eran profesionales.³²¹ Otras modalidades de violencia familiar comunes en México son las agresiones verbales, el confinamiento en el hogar, la prohibición de ver a los familiares o trabajar y las relaciones sexuales forzadas.³²²

La violencia doméstica contra los hijos es tolerada legalmente. En 1995, once estados mexicanos permitían el castigo corporal de los padres o tutores contra los hijos, indicando que las lesiones que se produzcan “en ejercicio del derecho de corregir”, cuando a criterio del juez no se abuse de tal derecho “corrigiendo con crueldad o con innecesaria frecuencia”, no son punibles³²³ si no ponen en peligro la existencia de la víctima, si se curan antes de quince días y no dejan otras consecuencias sancionadas por la ley.³²⁴

En 1996, el Distrito Federal promulgó una ley denominada Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar,³²⁵ cuyo objetivo es establecer procedimientos de carácter no judicial para la protección de las víctimas de violencia intrafamiliar, y estrategias y organismos responsables de la prevención de dicha violencia.³²⁶ Esta ley define violencia como el “acto de poder u omisión recurrente, intencional y cíclico, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia”.³²⁷ Entre las formas de maltrato sexual señala las de negar necesidades “sexoafectivas” e inducir a prácticas sexuales no deseadas o que causen dolor a la víctima.³²⁸ Esta ley “solo surte efectos en el ámbito asistencial y preventivo” respecto a las normas contenidas en el Código Penal del Distrito Federal, especialmente las que se refieren a delitos sexuales en el Código Penal.³²⁹ Los procedimientos que se establecen frente a los casos de violencia son la conciliación³³⁰ y la amigable composición o arbitraje.³³¹ El incumplimiento de las

resoluciones que estos procedimientos generan será sancionado con multa de treinta a ciento ochenta días del salario mínimo vigente para el Distrito Federal, o el equivalente en jornales diarios, y arresto administrativo inmutable de hasta treinta y seis horas.³³²

En los códigos penales de los estados, solo en algunos casos se considera como agravante del delito de lesiones y el homicidio que tales delitos se cometan entre miembros de la familia.³³³ En 1995, solo un estado consideraba como circunstancia agravante del delito de lesiones que éstas se dieran entre los cónyuges o concubinos.³³⁴ En el Distrito Federal, la violencia intrafamiliar se sanciona desde la legislación penal y, específicamente, en el marco de las disposiciones sobre lesiones personales.³³⁵ Las lesiones personales comprenden las heridas, contusiones, fracturas, quemaduras y, en general, cualquier daño que deje marcas en el cuerpo humano, cuando esos efectos son producidos por una causa externa.³³⁶ Las penas van de tres meses de prisión, para las lesiones más leves, a diez años, para las más graves.³³⁷

IV. Analizando los Derechos de un Grupo Especial: Adolescentes

Las necesidades de los adolescentes son a menudo ignoradas o desatendidas. Teniendo en cuenta que en México la población menor de 15 años representa el 36% de la población total,³³⁸ y la población adolescente constituye el 23.2% de la población total del país,³³⁹ es particularmente importante atender las necesidades de salud reproductiva de este grupo. Los esfuerzos dirigidos a mejorar los derechos de la población adolescente, incluidos sus derechos reproductivos, son importantes para la autodeterminación y la salud de las mujeres en general.

La Constitución Federal establece que “es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a la salud física y mental”.³⁴⁰ Asimismo, que la ley debe fijar los mecanismos de protección de los menores que deben llevar a cabo las instituciones públicas.³⁴¹ Sin embargo, la violencia contra los menores y adolescentes dentro de la familia todavía es tolerada por algunos códigos penales de los estados mexicanos³⁴² y constituye el 67% de las víctimas de agresión psíquica, física y sexual en el Distrito Federal.³⁴³

A. SALUD REPRODUCTIVA

La tasa de fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años se redujo de 132 nacimientos por mil mujeres, en 1978, a 78, en 1994.³⁴⁴ El porcentaje de uso de métodos anticonceptivos de las mujeres entre 15 y 19 años ha aumentado de 14.2%, en 1976, a 36.4%, en 1992.³⁴⁵ En 1995, el 36.1% de las adolescentes viviendo en

pareja usa algún tipo de anticonceptivo.³⁴⁶ Entre los métodos más utilizados se encuentran: los hormonales (40.3%), el DIU (33.5%) y los de barrera (8.7%).³⁴⁷ La edad promedio de la mujer al momento del primer nacimiento son los 21 años.³⁴⁸ La mortalidad materna para las mujeres menores de 20 años es 6% mayor que la correspondiente al grupo de mujeres de 20 a 24 años.³⁴⁹ En el período comprendido entre 1990 y 1993, el número de casos de enfermedades de transmisión sexual en los jóvenes entre los 15 y 24 años se incrementó en un 14%.³⁵⁰

El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (PSRPF) establece como uno de sus objetivos fundamentales velar por la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes.³⁵¹ Pretende ampliar la cobertura de información en salud sexual y reproductiva; postergar la edad de las adolescentes que enfrentan el primer embarazo; prevenir los embarazos no deseados, los abortos y enfermedades de transmisión sexual; y proporcionar información y servicios de alta calidad en anticoncepción y consejería.³⁵² Para el logro de estos objetivos, la Secretaría de Salud ha establecido ciento dos módulos de atención, ubicados en los centros de salud y hospitales en los treinta y dos estados.³⁵³

B. MATRIMONIO Y ADOLESCENTES

El promedio de edad de las mujeres mexicanas en la primera unión fue de 19 años, en 1992.³⁵⁴ En el área rural, las mujeres tienden a establecer su primera unión (matrimonio o concubinato) a una edad más temprana, los 17 años, mientras que las mujeres residentes en el área urbana lo hacen preferentemente a los 18.7 años.³⁵⁵ En comparación con los hombres, las mujeres establecen dichas uniones un promedio de dos años más tarde.³⁵⁶

En el Distrito Federal, la mayoría de edad requerida para contraer matrimonio es de 18 años.³⁵⁷ No obstante, se permite a los hombres mayores de 16 años y a las mujeres mayores de 14 contraer matrimonio con autorización del padre o de la madre.³⁵⁸ En caso de que falten los padres, se necesita el consentimiento de los abuelos paternos y, a falta de estos, el consentimiento de los abuelos maternos.³⁵⁹ Las autoridades señaladas por la ley pueden conceder dispensas de edad por causas graves y justificadas, autorizando así el matrimonio entre menores sin el consentimiento de las personas arriba mencionadas.³⁶⁰

C. DELITOS SEXUALES CONTRA ADOLESCENTES Y MENORES

En México, aproximadamente la mitad de las violaciones y delitos sexuales son cometidos contra niñas y mujeres adolescentes.³⁶¹ En el 60% de las violaciones sexuales a menores que son denunciadas, los agresores son parientes cercanos de la víctima, incluso su propio padre.³⁶² En el 90% de tales casos,

existió consentimiento o tolerancia –de manera implícita o explícita– de las propias madres.³⁶³

Los delitos sexuales contra adolescentes y menores son materia de regulación de los estados. La violación sexual a una persona menor de 14 o 13 años se tipifica, en la mayoría de los ordenamientos penales de los estados, como violación impropia.³⁶⁴ Son también delitos sexuales contra adolescentes y menores tipificados por los estados, los atentados al pudor, el estupro, el rapto, el incesto y la corrupción de menores. En los casos de violación impropia, algunos estados agravan la pena contra el agresor cuando la víctima es impúber o mujer virgen.³⁶⁵ El Código Penal del Distrito Federal establece que la conducta de quien realice la cópula con una persona menor de 12 años se equipara a una violación, y se le impone una pena de prisión de ocho a catorce años.³⁶⁶ El delito de atentado contra el pudor se da cuando el agresor realiza un acto sexual diferente al coito con una persona menor de 18 años de edad. Algunos estados distinguen entre víctimas púberes o impúberes para la gradación de las penas.³⁶⁷ El mismo delito tiene diferentes denominaciones en algunos estados, tales como “actos libidinosos”,³⁶⁸ en algunos, y “abusos deshonestos”,³⁶⁹ en otros. En el Distrito Federal, si los actos contra el pudor se dan contra un menor de 12 años, el delito se pena con seis meses a tres años de prisión.³⁷⁰

El Código Penal también contempla el delito de estupro, que consiste en tener una cópula con una mujer entre 12 y 18 años, mediante seducción o engaño.³⁷¹ Algunos estados ubican este delito dentro de los denominados “contra la libertad e inexperiencia sexual”.³⁷² En la configuración de éste, se dan diferencias entre los estados en cuanto a la mujer que es víctima del mismo. Mientras algunos limitan la edad de la mujer entre 12 y 18 años, la mayoría exige que ésta sea púber y, además, que sea virgen y honesta.³⁷³ Algunos doctrinarios mexicanos consideran que en el estupro, tal como está regulado en las leyes penales de ese país, no hay objeto alguno que la ley deba proteger y que “la mujer no necesita de la protección penal que pretende dársele a través del estupro”.³⁷⁴ El Código Penal del Distrito Federal requiere que la denuncia contra el agresor sea hecha por la víctima o sus representantes.³⁷⁵

El delito de rapto,³⁷⁶ por razones de índole sexual, es sancionado por la mayoría de los códigos penales mexicanos dentro de los delitos sexuales. En lo que concierne al rapto de adolescentes y menores, solo dos estados consideran un delito el rapto de un varón menor de 18 años por una mujer,³⁷⁷ mientras que los demás solo lo sancionan cuando se comete contra mujeres. El Código Penal del Distrito Federal establece que el rapto de una mujer menor de 16 años se sancionará como tal, aún cuando la adolescente hubiera accedido al rapto,

y se presume que el raptor empleó la seducción para convencer a la víctima.³⁷⁸ Cuando el raptor se case con la víctima “no se podrá proceder contra él por rapto”.³⁷⁹ Igualmente, la ley penal contempla el delito del incesto, el cual consiste en tener relaciones sexuales con un descendiente o con un hermano.³⁸⁰ La pena que se asigna al agresor es de prisión de seis meses a tres años.³⁸¹

El delito de corrupción de menores, en el Distrito Federal, es aquel que cometen quienes, a través de actos de “exhibicionismo corporal, lascivos o sexuales”, corrompan o faciliten la corrupción de menores de 16 años de edad.³⁸² La sanción para este delito es de tres a ocho años de prisión y de cincuenta a doscientos días de multa. Igual pena se aplica a quien induzca a dichos menores a la práctica del homosexualismo.³⁸³ La pena es de cinco a diez años de prisión si a raíz de la práctica reiterada de los actos que configuran este delito, el menor o la menor se dedica a la prostitución, a prácticas homosexuales, alcoholismo o farmacodependencia.³⁸⁴

D. EDUCACIÓN SEXUAL Y ADOLESCENTES

En México no hay un programa oficial de educación sexual para adolescentes. El Programa de Desarrollo Educativo del gobierno, para el período 1995-2000, no menciona la inclusión de contenidos de educación sexual dentro de los currículos de las instituciones educativas.³⁸⁵ Los programas de información y educación en salud reproductiva y planificación familiar son desarrollados como parte de las políticas de salud y, específicamente, dentro de las políticas de salud reproductiva y planificación familiar.³⁸⁶

NOTAS FINALES

1. EUROPEAN YEARBOOK. *Mexico Introductory Survey*. 1994, p. 2.
2. WORLD ALMANAC BOOKS. *The World Almanac and Book of Facts, 1997*. Farnighetti, Robert, ed., Nueva Jersey, 1997, p. 798.
3. *Ibid.*
4. *Ibid.*
5. *Ibid.*
6. *Ibid.*
7. El Partido Revolución Democrática (PRD) obtuvo 48.1% frente a 26.3% del oficialista Partido Revolucionario Institucional (PRI), y Cuauhtémoc Cárdenas fue elegido Jefe de Gobierno del Distrito Federal. ELECTOR 97. *Democracia en Proceso Resumen de los Resultados Eleccionales 1997* (visitado el 13 de agosto de 1997). <<http://www.elector.com.mx/resumen.htm>>
8. WORLD ALMANAC BOOKS, op. cit., p. 798. Ver también EUROPEAN YEARBOOK, op. cit., pp. 3-5.
9. EUROPEAN YEARBOOK, *ibid.*
10. WORLD ALMANAC BOOKS, op. cit., p. 799.
11. ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. *Country profile-Mexico*. 1996.
12. MARGADANT, Guillermo. *History, Structure and Character of Mexican Law [Historia, Estructura y Carácter de la Legislación Mexicana]*. México, UNAM, Facultad de Derecho, p. 3 (mimeo). En archivos del Center for Reproductive Law and Policy (CRLP).
13. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (Constitución Federal), artículo 40.
14. *Ibid.*, artículos 39 y 41.
15. “Liberalism and Democracy: Recent Judicial Reform in Mexico”. En: *Harvard Law Review*. Harvard University, junio, 1995, p. 566.
16. Constitución Federal, artículos 39 y 41.
17. *Ibid.*, artículo 4.
18. *Ibid.*, artículo 49.
19. *Ibid.*, artículo 80 *Ibid.*
20. *Ibid.*, artículo 81.
21. *Ibid.*
22. *Ibid.*
23. *Ibid.*
24. *Ibid.*, fracción XVIII.
25. *Ibid.*, artículo 92.
26. *Ibid.*, artículo 90.
27. *Ibid.*
28. *Ibid.*, artículo 93.
29. *Ibid.*, artículo 50.
30. *Ibid.*
31. *Ibid.*, artículo 156.
32. *Ibid.*, artículo 52.
33. *Ibid.*, artículos 84 y 85.
34. *Ibid.*, artículo 87.
35. *Ibid.*, artículo 69.
36. *Ibid.*, artículos 50 y 70.
37. *Ibid.*, artículo 71.
38. *Ibid.*, artículo 72.
39. *Ibid.*, párrafo B.
40. *Ibid.*, artículo 73.
41. *Ibid.*, artículo 74.
42. *Ibid.*, artículo 76.
43. *Ibid.*, artículo 102.
44. *Ibid.*
45. Este sistema fue codificado durante la era del Imperio Romano. La Compilación de Justiniano y otros cuerpos jurídicos, como las Instituciones, los Codex, las Digestas, las Novellas, etc., se denominaron conjuntamente Corpus Juris Civilis, que los distingue del Derecho consuetudinario inglés y de las leyes Canónicas. *Black's Law Dictionary*, 6ta ed. Estados Unidos de America, West Publishing Co., 1991, p. 168.
46. HERGET, J. & CAMIL, J. “Mexican Civil Procedure” [Procedimiento Civil Mexicano]. En: *Modern Legal Systems Cyclopedia*. K. Redden editores, 1988, p. 55.
47. *Ibid.*, artículos 94-99.
48. *Ibid.*, artículo 94.
49. *Ibid.*, artículo 99.
50. *Ibid.*, artículos 103-104.
51. *Ibid.*, artículo 94.

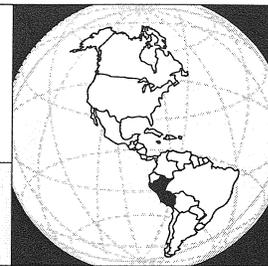
52. *Ibid.*, artículos 94 y 96.
53. *Ibid.*, artículo 94, fracción X.
54. *Ibid.*, artículo 97.
55. *Ibid.*, artículos 99 y 105, fracción II.
56. *Ibid.*, artículo 99.
57. Ver nota 15.
58. Con anterioridad a la reforma de 1994, las declaraciones de inconstitucionalidad emitidas por la Corte Suprema tenían efecto única y exclusivamente para la persona que hubiera solicitado tal declaración.
59. Ver nota 15.
60. Constitución Federal, artículo 43.
61. *Ibid.*.
62. *Ibid.*, artículo 115.
63. *Ibid.*, artículo 90.
64. *Ibid.*, artículo 116, fracción VI.
65. *Ibid.*, artículo 117.
66. *Ibid.*, fracciones I, III, IV, V, VI y VIII.
67. *Ibid.*, artículo 116.
68. *Ibid.*.
69. *Ibid.*, artículo 120.
70. *Ibid.*, artículo 116.
71. *Ibid.*, artículo 124.
72. *Ibid.*, artículo 116.
73. *Ibid.*, artículo 115.
74. *Ibid.* Al municipio le corresponde la prestación de los siguientes servicios públicos: agua potable y alcantarillado, alumbrado, asco, mercados y centrales de abasto, panteones, seguridad pública y tránsito.
75. *Ibid.*, inciso I.
76. *Ibid.*, artículo 133. Ver también, CARPIZO, Jorge y MEDRAZO, Jorge. *Derecho Constitucional*. México, 1991, p. 14.
77. CARPIZO, Jorge y MEDRAZO, Jorge. op. cit., p. 14.
78. *Ibid.*.
79. Los principios generales del Derecho "son fuente supletoria [del Derecho] por excelencia, a donde debe acudir el juez cuando advierte lagunas o deficiencias en la ley [...] el concepto equivale a "criterio judicial" [...] hay quienes sostienen que se debe distinguir entre los principios del Derecho nacional vigente en un país y los principios generales del Derecho [...] universal, prefiriéndose los primeros y acudiendo a los segundos solo cuando aquellos no sean suficientes para dar la solución." FLORES POLCO, Pedro. *Diccionario de Términos Jurídicos*, Vol. I. Lima, Marsol Perú editores, 1987, p. 432.
80. Constitución Federal, artículo 14.
81. *Ibid.*.
82. *Ibid.*, artículo 89 numeral X.
83. *Ibid.*, artículo 76, fracción I y artículo 133.
84. México ha suscrito los siguientes instrumentos universales: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ratificado el 23/3/81), Convención Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (ratificada el 23/3/81), Convención Internacional sobre Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (firmada el 1/11/66 y ratificada el 20/2/75), Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas crueles, inhumanas o degradantes (firmada el 18/3/85 y ratificada el 23/1/86), y Convención sobre los Derechos del Niño (firmada el 26/1/90 y ratificada 21/19/90).
85. Firmada el 17/7/1980 y ratificada el 23/3/81.
86. Firmada el 4/6/1995.
87. CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN (CONAPO). *The Demand for Health Care in Mexico [La Demanda de Atención de Salud en México]* [a]. México, 1995, p. 15. La esperanza de vida al nacer aumentó en las últimas décadas de 37 años, en 1930, a 75 años, en 1994. La tasa de mortalidad de las niñas menores de un año pasó de 84 a 28 por mil. La tasa global de fecundidad pasó de 6.8 hijos por mujer a 3 hijos, en 1994. CONAPO. *Situación de la Mujer, Desafíos para el año 2000* [b]. México, 1995, pp. 43-45.
88. CONAPO, op. cit. [a], p. 29. Además, ver artículo 4 de la Constitución Federal.
89. La adición del derecho a la protección de la salud se dio en 1983; fue publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 3 de febrero de 1983.
90. Constitución Federal, artículo 4.
91. En México, las Secretarías, como parte del Poder Ejecutivo, son las entidades análogas a los ministerios de otros países latinoamericanos.
92. Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial, el 7 de febrero de 1984, artículo 7.
93. Constitución Federal, artículo 123.
94. Ley General de Salud, artículo 27.
95. *Ibid.*, artículo 61.
96. Este programa fue adoptado por el gobierno federal en cumplimiento de los artículos 4 y 26 de la Constitución Federal, artículo 9 de la Ley Orgánica de Administración Pública Federal, y 9, 17, 22, 23, 27, 28, 29 y 32 de la Ley de Planeación. PODER EJECUTIVO FEDERAL. *Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000* [a]. México, 1995, p. i.
97. *Ibid.*.
98. *Ibid.*, p. 14.
99. *Ibid.*, pp. 27-45.
100. CONAPO, op. cit. [a], p. 29.
101. *Ibid.*.
102. *Ibid.*.
103. *Ibid.*.
104. *Ibid.*.
105. *Ibid.*.
106. *Ibid.*, p. 30.
107. *Ibid.*, p. 29.
108. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op. cit. [a], p. 7.
109. *Ibid.*.
110. *Ibid.*.
111. PODER EJECUTIVO FEDERAL. *Programa Nacional de la Mujer, 1995-2000*. México, marzo de 1996, p. 28.
112. CONAPO, op. cit. [a], p. 15.
113. Información Básica de los Estados Unidos Mexicanos (visitado el 30 de julio de 1997). <http://cenids.ssa.gob.mx/>
114. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op. cit. [a], p. 7.
115. PODER EJECUTIVO FEDERAL. *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, 1995-2000* [c]. México, 1995, p. 7.
116. CONAPO, op. cit. [a], p. 32.
117. *Ibid.*, p. 30.
118. *Ibid.*, p. 32.
119. *Ibid.*.
120. *Ibid.*.
121. *Ibid.*.
122. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op. cit. [a], p. 6.
123. CONAPO, op. cit. [a], p. 31.
124. *Ibid.*.
125. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op. cit. [a], p. 6.
126. CONAPO, op. cit. [a], p. 31. *Ibid.* 127. Ley General de Salud, artículo 48.
128. *Ibid.*, artículo 49.
129. *Ibid.*.
130. *Ibid.*, artículo 79.
131. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 14 de mayo de 1986.
132. *Ibid.*, artículo 102.
133. *Ibid.*.
134. *Ibid.*, artículo 113.
135. Ley General de Salud, artículo 51. *Ibid.*.
136. *Ibid.*, artículo 54.
137. *Ibid.*, artículos 57 y 58.
138. Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), comunicación interinstitucional. México DF, memo del 13 de agosto de 1997, p. 2. En los archivos del CRLP.
139. Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, promulgado el 3 de junio de 1996.
140. La CODAM es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos. *Ibid.*, artículo 1.
141. *Ibid.*, artículo 2.
142. *Ibid.*, artículo 4.
143. *Ibid.*.
144. *Ibid.*, artículo 14.
145. Código Penal para el Distrito Federal en Materia de Fuero Común y para toda la República en Materia de Fuero Federal [de aquí en adelante, Código Penal del DF], artículos 288-293.
146. *Ibid.*, artículo 228.
147. Ley General de Población, promulgada el 11 de diciembre de 1973.
148. Reglamento de la Política de Población, expedido en septiembre de 1993.
149. PODER EJECUTIVO FEDERAL. *Programa Nacional de Población* [d]. México, 1995.

150. Publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 30 de mayo de 1994.
151. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [c].
152. Ley General de Población, artículo 1.
153. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [d], p. 56.
154. Ley General de Población, artículo 3.
155. El Consejo Nacional de Población es un organismo público interinstitucional creado en 1974. Está encargado del planeamiento demográfico del país y tiene como finalidad incorporar los aspectos de 'volumen, estructura dinámica, distribución territorial y composición social, económica y étnica de la población' en los programas de desarrollo económico y social (visitado el 16 de julio de 1997), <<http://unam.mx/conapo/info/>>
156. Ley General de Población, artículo 5.
157. Ibid.
158. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [d], pp. 1, 12 y 60.
159. Constitución Federal, artículo 4.
160. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [c], p. i.
161. Ibid., p. ii.
162. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [a], p. 31.
163. Ibid., pp. 31-34.
164. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [c], pp. 14-15.
165. Ibid., pp. 2, 8, y 19-23.
166. Ley General de Salud, artículo 67.
167. NOSPE, parte introductoria.
168. Ibid., sección 5.1.2.
169. Ibid., sección 5.4.
170. Ibid., sección 5.1.
171. Ibid., sección 5.1.4. Además, PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [c], p. 27.
172. NOSPE, sección 5.5.
173. SECRETARÍA DE SALUD Y CONAPO. *Análisis de la Situación del Programa de Planificación Familiar según datos de la Encuesta Nacional de Planificación Familiar*. México, octubre de 1996, pp. 8-9.
174. Ibid.
175. Ibid., p. 9.
176. Ibid.
177. Ibid., p. 1.
178. CONAPO. *Situación de la Planificación Familiar en México. Indicadores de Anticoncepción* [c]. México, 1994, p.3.
179. Ibid.
180. Ibid.
181. SECRETARÍA DE SALUD Y CONAPO, op.cit., pp. 4-5.
182. CONAPO, op.cit. [c], p. 8.
183. Los Códigos Penales de los diferentes estados tipifican el aborto como delito, y sólo se despenaliza en específicas circunstancias.
184. Ley General de Salud, artículo 68, numeral 5, y artículos 144 y 204.
185. Ibid., artículo 204. Ibid.
186. Ibid., artículo 205, en concordancia con el artículo 194, bis.
187. Ibid., artículo 300.
188. Ibid., artículo 303.
189. Ibid., artículo 310.
190. Ibid.
191. Ibid.
192. CONAPO, op.cit. [c], p. 3.
193. NOSPE, sección 6.5.7.
194. GIRE. *Boletín Trimestral Sobre Reproducción Elegida*, n.º 10, septiembre de 1996, p. 5.
195. Ibid.
196. Código Penal del D. F., artículos 329-334. Ver, entre otros, los códigos penales de Oaxaca, Chiapas, Nuevo León, Baja California Sur, Morelos y Durango.
197. En todos los estados, así como en el Distrito Federal, se sancionan la conducta de la mujer y de la persona que la hace abortar.
198. IBÁÑEZ Y GARCÍA VELASCO, José Luis. "Situación Legal del Aborto". En: GIRE. *Nuevas Estrategias para abordar el tema de los Derechos Reproductivos*. México, noviembre de 1995, p. 54.
199. Ibid.
200. Ibid.
201. Circunstancia excepcional en Guerrero y en Chihuahua. Ver, en general, GIRE. *Causales sobre el aborto no punibles en los códigos penales de la República mexicana*. Trabajos-tabulados elaborados por Eugenia Martín Moreno. México, octubre de 1995.
202. IBÁÑEZ Y GARCÍA VELASCO, José Luis, op.cit., p. 54.
203. Ibid.
204. Ibid. Únicamente la legislación penal del estado de Yucatán contempla esta circunstancia excepcional.
205. Código Penal del DF, artículo 334.
206. Análisis comparativo de los Códigos Penales de Chihuahua, el Distrito Federal, Chiapas, Aguascalientes, Baja California Sur y Campeche. La mayoría de los estados imponen un rango de uno a tres años de prisión.
207. Ver Códigos del Distrito Federal, Yucatán, Aguascalientes, Jalisco, Nayarit y Zacatecas, entre otros.
208. Ver Códigos del Distrito Federal, Yucatán, Aguascalientes, Jalisco y Nayarit, entre otros.
209. Ver Códigos Penales de Aguascalientes, Baja California, Chihuahua, Distrito Federal, Chiapas, Baja California Sur y Campeche.
210. Ver Códigos Penales de Yucatán, Zacatecas, Aguascalientes, Baja California y el Distrito Federal, entre otros.
211. Ver Códigos Penales de Chihuahua, Distrito Federal, Chiapas, Aguascalientes, Baja California Sur y Campeche.
212. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [c], p. 10.
213. CONAPO, op.cit. [b], p. 48.
214. Ibid.
215. Ibid.
216. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [c], p. 6.
217. Publicada en el diario Oficial, el 17 de enero de 1995.
218. Para mayor detalle sobre los establecimientos que comprende el SNS, ver sección sobre infraestructura de los servicios de salud.
219. Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, sección I, sobre objetivos y campos de aplicación.
220. Ibid., sección 5, sobre medidas de prevención.
221. Ibid., sección 6, sobre medidas de control.
222. Ibid., sección 6.II.I.
223. Ibid., secciones 6.8 a 6.15. Asimismo, establece que el tratamiento del paciente con infección por VIH lo debe realizar personal capacitado, siguiendo las recomendaciones contenidas en la *Guía para la Atención de Pacientes con VIH/SIDA en Consulta Externa y Hospitales*. Ibid., sección 6.II.
224. Ibid., sección 1.3.
225. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [c], p. 22.
226. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [a], p. 34.
227. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [c], p. 16.
228. Ibid., p. 23.
229. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [a], p. 34.
230. CONAPO, op.cit. [b], pp. 43-45.
231. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [b], pp. 30-38.
232. Constitución Federal, artículo 4.
233. PODER EJECUTIVO FEDERAL, op.cit. [b], p. 69.
234. GALEANA Patricia. "La Violencia Intrafamiliar como Delito Tipificado". En: COMISIÓN NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS. *Memoria de la Reunión Nacional sobre Derechos Humanos de la Mujer*. 1ª ed. México DF, noviembre de 1995, p. 19.
235. Ibid.
236. Ibid.
237. Constitución Federal, artículo 4.
238. Código Civil del DF, artículos 146 y 178.
239. Ibid., artículo 149.
240. Ibid., artículos 162 y 164.
241. Ibid., artículo 172.
242. Ibid., artículo 162.
243. Ibid., artículo 164.
244. Ibid., artículo 168.
245. Código Penal del DF, artículo 273. El adulterio es castigado cuando es cometido en el domicilio conyugal o con escándalo.
246. Código Civil del DF, artículo 1635.
247. Ibid.
248. Ibid.
249. Ibid., artículo 302. Los alimentos comprenden: "la comida, el vestido, la habitación y la asistencia en casos de enfermedad. Respecto de los menores, los alimentos comprenden, además, los gastos para la educación primaria del alimentista. . ." Ibid., artículo 308.
250. Ibid., artículo 383. Este artículo establece que se presumen hijos del concubinario y la concubina: "I. Los nacidos después de 180 días, contados desde el comienzo del concubinato, y II. Los nacidos dentro de los 300 días siguientes al momento en que cesó la vida común

- entre el concubinario y la concubina".
251. *Ibid.*, artículo 266.
252. *Ibid.*, artículo 267.
253. *Ibid.*, artículos 283-288.
254. *Ibid.*, artículos 178-218.
255. *Ibid.*, artículo 287.
256. *Ibid.*, artículos 323 y 288.
257. *Ibid.*, artículo 286.
258. Código Civil del DF, artículo 1602.
259. *Ibid.*, artículo 1316.
260. PODER EJECUTIVO FEDERAL, *op.cit.* [b], p. 25.
261. *Ibid.*, p. 27.
262. CONAPO, *op.cit.* [b], p. 20.
263. Ratificado en octubre de 1962.
264. Ratificado en septiembre de 1962.
265. Constitución Federal, artículo 123.
266. *Ibid.*, fracción VII.
267. *Ibid.*, artículo 123.
268. *Ibid.*, fracción V. Ver también artículos 166-167 de la Ley Federal del Trabajo.
269. *Ibid.* Ver también artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo.
270. Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación, el 1 de Abril de 1970.
271. *Ibid.*, artículo 164.
272. *Ibid.*, artículo 170, fracción II y V.
273. Constitución Federal, artículo 123. Ver también artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo.
274. Constitución Federal, artículo 123, fracción V. Ver también artículo 170 de la Ley Federal del Trabajo.
275. PODER EJECUTIVO FEDERAL, *op.cit.* [b], p. 36.
276. Las Unidades Agrícolas Industriales para la Mujer Campesina (UAIM) se crearon en 1972. Sus objetivos principales son: la incorporación de las mujeres a las actividades económicas del ejido y propiciar su participación en el desarrollo rural. A inicios de los 90, había 6.300 UAIM registradas.
277. PODER EJECUTIVO FEDERAL, *op.cit.* [b].
278. *Ibid.*, p. 15. En el periodo comprendido entre 1981 y 1994, la relación de mujeres con educación secundaria por cada cien hombres pasó de 89 a 95. Asimismo, la relación de mujeres con educación superior por cada cien hombres pasó, en el periodo comprendido entre 1991 a 1995, de 76 a 82.
279. *Ibid.*, p. 13.
280. *Ibid.*
281. *Ibid.*, pp. 15-17.
282. *Ibid.*, p. 15.
283. Constitución Federal, artículo 3.
284. *Ibid.*
285. PODER EJECUTIVO FEDERAL, *op.cit.* [b], p. 6.
286. *Ibid.*, p. 72.
287. *Ibid.*
288. *Ibid.*, p. 73.
289. CONAPO, *op.cit.* [b], p. 38.
290. *Ibid.*
291. *Ibid.*
292. GALEANA, Patricia, *op.cit.*, p. 20.
293. *Ibid.*, p. 19.
294. MARTINEZ ROARO, Marcela. *Delitos Sexuales. Sexualidad y Derecho*, 4ª ed. México, Editorial Porrúa S.A., p. 232.
295. *Ibid.*
296. Ver Título XV del Código Penal del DF.
297. *Ibid.*, artículo 265.
298. *Ibid.*
299. *Ibid.*, artículo 266.
300. *Ibid.*
301. *Ibid.*, artículo 260.
302. *Ibid.*
303. *Ibid.*, artículo 261. Si se realiza con violencia física o moral, la pena es de dos a siete años de prisión.
304. *Ibid.*, artículo 306.
305. *Ibid.*
306. *Ibid.*
307. Por ejemplo, los estados de México, Michoacán y Zacatecas. MARTINEZ ROARO, Marcela, *op.cit.*, p. 248.
308. Ver Códigos Penales de los estados de Aguascalientes, Campeche, Puebla y Yucatán.
309. Ver Códigos Penales de los estados de Veracruz y Zacatecas.
310. Código Penal del D.F., artículo 267.
311. Inter Press Service News Agency [Agencia de Servicio de Noticias Inter Press]. *IPS Daily Journal [Diario IPS]*, Vol.5, n.º 103, 17 de junio de 1997, p. 5.
312. Jurisprudencia 10/94 Primera Sala, 8ª época. Gaceta # 77, mayo de 1994, p.18.
313. En 1995, solo el estado de Querétaro reconocía, en su artículo 164, la sanción a la violación entre cónyuges. Ver GALEANA, Patricia, *op.cit.*, p. 21.
314. Código Penal del D.F., artículo 259 bis.
315. *Ibid.*
316. *Ibid.*
317. *Ibid.*
318. *Ibid.*
319. En 1995, solo el estado de Querétaro reconocía, en su artículo 164, la sanción a la violación entre cónyuges. Ver GALEANA, Patricia, *op.cit.*, p. 21. *Ibid.*
320. *Ibid.*, p. 20.
321. *Ibid.*
322. CONAPO, *op.cit.* [b], p. 39.
323. GALEANA, Patricia, *op.cit.*, p. 19.
324. *Ibid.*
325. Decreto de la Asamblea de Representantes del Distrito Federal, promulgado el 26 de abril de 1996 y publicado el 9 de julio de ese año.
326. *Ibid.*, artículo 1.
327. *Ibid.*, artículo 3, inciso III.
328. *Ibid.*, artículo 3, inciso III, apartado c.
329. *Ibid.*
330. A cargo de las delegaciones policiales del Distrito. El funcionario designado como conciliador, buscará la conciliación de las partes, "proporcionándoles toda clase de alternativas, exhortándolos a que lo hagan, dándoles a conocer las consecuencias en caso de continuar con su conflicto [...] Si las partes arriban a un acuerdo se firmará un convenio. *Ibid.*, artículo 20.
331. A cargo de las delegaciones policiales del distrito. El funcionario designado como amigable componedor escuchará a las partes, quienes ofrecerán pruebas y argumentos, una vez agotados estos, el funcionario emite su resolución. *Ibid.*, artículo 22.
332. *Ibid.*, artículo 25.
333. Código Penal del Estado de Hidalgo, artículo 143. GALEANA, Patricia, *op.cit.*, p. 19.
334. *Ibid.*
335. Código Penal del D.F., Título XIX, Delitos Contra la Vida y la Integridad Corporal, artículos 288 a 301.
336. *Ibid.*, artículo 288.
337. *Ibid.*, artículos 289-301.
338. PODER EJECUTIVO FEDERAL, *op.cit.* [d], p. 2.
339. PODER EJECUTIVO FEDERAL, *op.cit.* [c], p. 4.
340. Constitución Federal, artículo 4.
341. *Ibid.*
342. Ver discusión más detallada en la sección sobre violencia doméstica.
343. Datos estadísticos proporcionados por el Centro de Terapia de Apoyo de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, correspondientes al último semestre de 1992. Tomados de GALEANA, Patricia, *op.cit.*, p. 19.
344. PODER EJECUTIVO FEDERAL, *op.cit.* [c], p. 5.
345. PODER EJECUTIVO FEDERAL, *op.cit.* [d], p. 3.
346. SECRETARÍA DE SALUD Y CONAPO, *op.cit.*, p. 6.
347. PODER EJECUTIVO FEDERAL, *op.cit.* [c], p. 5.
348. *Ibid.*
349. *Ibid.*
350. *Ibid.*
351. *Ibid.*, pp. 14-15.
352. *Ibid.*
353. SECRETARÍA DE SALUD Y CONAPO, *op.cit.*, p. 6.
354. PODER EJECUTIVO FEDERAL, *op.cit.* [c], p. 5.
355. CONAPO, *op.cit.* [b], p. 66.
356. *Ibid.*
357. Código Civil del D.F., artículos 148 y 149.
358. *Ibid.*, artículo 149.
359. *Ibid.*

360. *Ibid.*, artículo 148.
361. CONAPO, *op.cit.* [b], pp. 38-39.
362. GALEANA, Patricia, *op.cit.*, p. 22.
363. *Ibid.*
364. MARTINEZ ROARO, Marcela, *op.cit.*, p. 232.
365. Por ejemplo, el Código Penal de Puebla (art. 252). Ver p. 233.
366. Código Penal del DF, artículo 266.
367. MARTINEZ ROARO, Marcela, *op.cit.*, pp. 212-213.
368. Código Penal del Estado de México. *Ibid.*, p. 212.
369. Códigos Penales de los estados de Michoacán, Guerrero, Sonora, Tamaulipas, Veracruz. *Ibid.*
370. Código Penal del DF, artículo 261.
371. *Ibid.*, artículo 262.
372. MARTINEZ ROARO, Marcela, *op.cit.*, p. 221.
373. *Ibid.*
374. *Ibid.*, p. 229.
375. Código Penal del DF, artículo 263.
376. Para una discusión detallada del concepto de rapto, ver la sección sobre violación sexual en la parte III de este reporte.
377. Códigos Penales de Veracruz (art. 202) y de Zacatecas (art. 300). En: MARTINEZ ROARO, Marcela, *op.cit.*, p. 249.
378. Código Penal del D. F., artículos 268 y 269.
379. *Ibid.*, artículo 270.
380. *Ibid.*, artículo 273.
381. *Ibid.*, artículo 272.
382. *Ibid.*, artículo 201.
383. *Ibid.*
384. *Ibid.*
385. PODER EJECUTIVO FEDERAL. *Programa de Desarrollo Educativo, 1995-2000*. México, 1995.
386. PODER EJECUTIVO FEDERAL, *op.cit.* [a], p. 32.

Perú



Estadísticas

GENERAL

Población

- n En 1999, Perú tenía una población estimada de 25'230.000 habitantes, con una tasa de crecimiento anual de 1.8%.¹
- n En 2000, 73% de la población reside en áreas urbanas mientras que 27% en zonas rurales.²
- n Treinta y tres por ciento de la población es menor de 15 años³ y 7.1% es mayor de 60 años.⁴

Economía

- n En 1998 el Producto Nacional Bruto (PNB) *per capita* se estimó en US\$ 4,180.⁵
- n Durante el periodo 1990-1998 el Producto Interno Bruto (PIB) creció en un porcentaje estimado de 5.7% año.⁶
- n Durante el periodo 1990-1998, el presupuesto público para el sector salud fue de 2.2% del total del presupuesto de la Nación.⁷

Empleo

- n En 1998, nueve millones de personas estaban empleadas; de las cuales la mujer representó 30.6%.⁸
- n La tasa de desempleo en 1998 fue de 7.7%.⁹

Educación

- n En 1997, la tasa de analfabetismo fue de 7.5%.¹⁰

SITUACIÓN DE LA MUJER

- n En 1998, las mujeres representaban 50.3% de la población.¹¹
- n En 1999, la esperanza de vida de las mujeres fue estimada en 69.1 años y la de los hombres en 65.6 años.¹²
- n En 2000, la tasa de analfabetismo de las mujeres adultas es de 14.6% mientras que la de los hombres es de 5.6%.¹³

ADOLESCENTES

- n La tasa de fertilidad de las adolescentes, en 1998, fue de 66 nacidos por cada mil mujeres entre los 15 y 19 años.¹⁴
- n En 1999 se estimó que 13% de mujeres entre 15 y 19 años de edad son madres o están gestando por primera vez.¹⁵

SALUD DE LA MUJER

- n En 1999, la tasa global de fertilidad fue de 2.9 hijos por mujer.¹⁶
- n La tasa de mortalidad materna, entre 1990 y 1998 fue de 270 por cada cien mil nacidos vivos.¹⁷
- n En 1998, la tasa de mortalidad infantil fue de 40 por cada mil nacidos vivos.¹⁸

VIH/SIDA Y OTRAS ITS

- n Se estimó que en 1999, había 48 mil portadores de VIH/SIDA. De estos 47 mil son adultos con edades entre los 15 y 49 años, de los cuales 12 mil son mujeres.¹⁹

NOTAS

- 1 WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, [Informe Mundial de Salud], France, 2000, p. 160, tabla 2.
- 2 UNITED NATIONS STATISTICS DIVISION (UNSTATS), *Indicators 2000, Human settlements*, <<http://www.un.org/Depts/unsd/social.htm>>, visitada el 27 de septiembre de 2000, p. 2.
- 3 *Ibid.*, *Youth and elderly populations*, p. 2.
- 4 WHO, *Health Report*.
- 5 WORLD BANK, *World Development Indicators 2000*, Washington, DC, March, 2000, p. 11, tabla 1.1.
- 6 *Ibid.*, p. 183, tabla 4.1.
- 7 *Ibid.*, p. 91, tabla 2.14.
- 8 *Ibid.*, p. 47, tabla 2.3.
- 9 BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID), *Datos básicos socioeconómicos para Perú*, <<http://www.iadb.org/int/sta/spanish/brptnet/english/perbrpt.htm>>, 18 de septiembre de 2000, visitada el 27 de septiembre de 2000, p. 1.
- 10 *Ibid.*
- 11 WORLD BANK, *Indicators*, p. 18, tabla 1.3.
- 12 WHO, *Health Reform*, p. 157, tabla 2.
- 13 UNSTATS, *Indicators, Literacy*, p.1.
- 14 WORLD BANK, *Indicators*, p. 98, tabla 2.16.
- 15 Servicio de Noticias de la Mujer, Resumen de noticias de SEM del 3 al 7 de enero de 2000 (SEM, 7 de enero de 2000).
- 16 WHO, *Health Report*, p. 156, tabla 2.
- 17 WORLD BANK, *Indicators*, p. 98, tabla 2.16.
- 18 *Ibid.*, p. 14, tabla 1.2.
- 19 UNAIDS, *Report on the global HIV/AIDS epidemic*, <http://www.unaids.org/epidemic_update/report/table_E.htm>, 3 de julio de 2000, visitada el 27 de septiembre de 2000, p. 5.

I. MARCO LEGAL Y POLÍTICO

No ha habido cambios en cuanto a la estructura territorial. Sin embargo, vale la pena mencionar la influencia que ha tenido el gobierno centralizado del presidente Fujimori en las políticas del sector salud. Después de las últimas elecciones presidenciales realizadas a mediados de 2000, en medio de una gran controversia política el pueblo peruano reeligió a Alberto Fujimori como Presidente para el próximo periodo presidencial, pero este renunció al poder en septiembre de 2000.

Respecto a las disposiciones administrativas,¹ se debe agregar al informe anterior que las dicta el Poder Ejecutivo y reglamentan los procedimientos requeridos para la efectividad de las leyes. También constituyen el cauce para la resolución de las peticiones de naturaleza individual que la ciudadanía presenta a la Administración Pública.²

II. SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Si bien se observa un avance significativo en la normatividad vigente así como en la prestación de servicios, las barreras para un acceso real a la salud reproductiva están todavía presentes, en tanto que las políticas en salud continúan privilegiando la atención en planificación familiar sobre la atención gineco-obstétrica y servicios de salud integral para las mujeres. Algunas organizaciones señalan que la satisfacción de las necesidades de las usuarias desde una auténtica perspectiva de género implica, entre otras cosas, atender en forma íntegra sus demandas y no sólo los objetivos de la política estatal.³

A. LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS SOBRE SALUD

En el Perú se están llevando adelante varios proyectos de inversión en salud a nivel nacional, como por ejemplo el Programa de Salud y Nutrición Básica,⁴ el Proyecto de Rehabilitación de los Servicios de Hospitales⁵ y el Proyecto de Infraestructura, Equipamiento y Reequipamiento.⁶ Entre los programas del MINSA actualmente en vigencia se encuentran el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar y el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, entre otros.⁷

Infraestructura de los servicios de salud

El Ministerio de Salud (MINSA) sigue siendo el órgano responsable de la ejecución de la política de salud a nivel

nacional.⁸ Está conformado por Direcciones Subregionales de Salud,⁹ Institutos Especializados¹⁰ y Organismos Públicos Descentralizados.¹¹ Asimismo, continúan en vigencia el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud, el Proyecto 2000 y el Programa Salud Básica para Todos, enunciados en el informe anterior.¹²

Según el censo realizado en 1996, en Perú se cuenta con 5,923 establecimientos de salud.¹³ En cuanto a los recursos humanos, para 1996 se estimaba que había 10.3 médicos por cada diez mil habitantes.¹⁴ Entre 1992 y 1996, los médicos y enfermeras aumentaron 36% y 29% respectivamente; sin embargo, existen inequidades en cuanto a su distribución en algunas zonas de alta mortalidad infantil, donde hay hasta siete veces menos recursos humanos que en las zonas de menor mortalidad.¹⁵

En los establecimientos de salud de nivel primario (centros y puestos de salud) se ofrece el Paquete Básico de Salud de la Mujer. El paquete contiene prestaciones e intervenciones para enfrentar los principales problemas de salud de la población femenina.¹⁶

Financiamiento de los servicios de salud

Los fondos destinados al sector salud corresponden en su mayor parte a los recursos ordinarios del Tesoro Público y en menor proporción a los fondos directamente recaudados por los servicios prestados y a los provenientes de entidades internacionales prestadoras y fondos de donaciones. Para 1999 el presupuesto estuvo financiado fundamentalmente por el Tesoro Público (81%), los recursos recaudados por los servicios prestados (15%) y fuentes externas (4%).¹⁷

El Programa de Administración de Acuerdos de Gestión se creó con el fin de mejorar la eficiencia en la asignación y uso de recursos presupuestales y brindar asistencia técnica a los hospitales y redes de establecimientos de salud. Además de asignar los recursos, el programa supervisa y evalúa el uso de todos los fondos.¹⁸

Normatividad sobre los profesionales de salud

En 1998 se dictaron las "Normas para calificación de médicos cirujanos para la anticoncepción quirúrgica voluntaria", tanto femenina como masculina. Esta norma tiene como objetivo garantizar la certificación, por medio de un grupo colegiado, de médicos cirujanos en las distintas técnicas quirúrgicas, incluyendo la vasectomía.¹⁹ En julio de 1999 se promulgó la ley que institucionaliza la acreditación de Facultades de Medicina y ese mismo año también se inició el proceso de recertificación de profesionales médicos mediante el Programa de Educación Permanente del Colegio

Derechos de los pacientes

Siguen vigentes los derechos previstos en la Ley General de Salud,²¹ aunque estudios indican que existe un desconocimiento de estos derechos por parte de los usuarios y usuarias así como del personal que provee servicios de salud; por ello se hace necesaria la reglamentación de esta Ley y su difusión a todos los sectores de la población. Como se discute más adelante, también cabe resaltar que en 1999 se puso en vigencia la Norma sobre Planificación Familiar, que incluye disposiciones específicas sobre orientación y consejería en el área de anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) con la finalidad de asegurar el consentimiento informado de las mujeres que deciden utilizar este método de anticoncepción.

Un avance importante son los programas de capacitación impulsados por el gobierno a los profesionales de la salud para mejorar la calidad de atención, sin embargo continúa siendo un obstáculo para evaluar la calidad de los servicios con respecto a los usuarios y usuarias el hecho de que las evaluaciones de la atención en los establecimientos de salud consideren fundamentalmente indicadores cuantitativos, por lo que se hace imperativo desarrollar e implementar indicadores cualitativos que tengan un enfoque de género.²²

Mecanismos de rendición de cuentas, participación y control ciudadanos

Existe un avance en relación a los mecanismos de participación a través de "mesas de trabajo" interinstitucionales como son la Mesa Tripartita, que es una instancia de monitoreo de acciones de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) y la Mesa Nacional sobre Violencia Familiar, aun cuando estos foros no permitan la participación en el establecimiento de políticas.²³

Por otro lado, las mujeres organizadas, las promotoras y movilizadoras de salud en diversas partes del país participan en la ejecución de numerosas y variadas actividades de difusión, prevención y capacitación en la comunidad, aunque casi nunca en el diseño y gestión de políticas y programas de salud.²⁴ Sin embargo, en varias zonas del país se constata la virtual inexistencia de vías formales para las opiniones y quejas de las usuarias, quedando el manejo de estas situaciones al criterio del personal directamente involucrado y de las autoridades del establecimiento.²⁵ Ante esta realidad, el gobierno ha manifestado la necesidad de incorporar la participación de la sociedad civil en instancias de gran alcance tales como la Comisión Nacional de Coordinación del Plan Nacional de Población 1998-2002 (COORDIPLAN).²⁶

Responsabilidad estatal en el control y supervisión de los servicios privados

En 1997 se creó la Superintendencia de Entidades

Prestadoras de Salud (SEPS), la cual tiene como función autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) así como controlar el correcto uso de los fondos administrados por éstas.²⁷ Asimismo, dicha Superintendencia estableció la información mínima que las EPS deben presentar a las entidades empleadoras y a los asegurados previamente a la elección o contratación de la entidad prestadora de salud y el Plan de Salud.²⁸ Un mecanismo utilizado por la SEPS para garantizar la continuidad del servicio de las empresas y entidades vinculadas a los planes de salud de la seguridad social es el Registro en el que deben inscribirse estas instancias.²⁹ La información que allí se registre es de carácter público y además la SEPS podrá realizar inspecciones a fin de verificar que la información proporcionada por las empresas y entidades sea verídica.

Para tutelar los derechos ciudadanos, la Superintendencia ha establecido también un reglamento para la atención de los reclamos de los usuarios y usuarias de las EPS.³⁰ Estas últimas están obligadas a realizar, periódicamente, auditorías médicas y controles de calidad de los servicios de salud que brindan. Las controversias derivadas de los contratos, planes de salud y otras prestaciones entre usuarios y EPS son atendidas por las propias EPS y en última instancia son sometidas al Centro de Conciliación y Arbitraje de Controversias de la Superintendencia de las EPS.³¹

Regulación del mercado de seguros

Sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social se creó en 1999 el Seguro Social de Salud (ESSALUD). Este organismo brinda cobertura a los asegurados y aseguradas y a sus beneficiarios (también conocidos como derechohabientes)³² a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en salud.³³ El ESSALUD es un organismo público descentralizado del sector Trabajo y Promoción Social y los recursos que administra son intangibles y no pueden ser aplicados a fines distintos a los de su creación.³⁴ Los aportes por afiliación al Seguro Social de Salud son mensuales y corresponden al 9% de los ingresos de los trabajadores en actividad. El aporte de los pensionistas equivale al 4% de la pensión. El aporte de los afiliados potestativos es el que corresponde al plan elegido por cada afiliado.³⁵

B. POBLACIÓN, SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El Plan Nacional de Población 1998-2002 (PNP) es el principal instrumento de ejecución y gestión de la política de

población, cuyos objetivos incluyen reforzar la incorporación de la dimensión demográfica y la política nacional de población a los planes de desarrollo y programas sociales y económicos, así como contribuir a una mayor equidad entre los géneros en la atención de la salud con calidad.³⁶

COORDIPLAN es el ente coordinador nacional de la aplicación del PNP y de las políticas, estrategias y programas de salud reproductiva y planificación familiar.³⁷ Entre sus principales objetivos están la definición de indicadores de seguimiento y monitoreo de las acciones a realizar por las distintas instancias que integran esta Comisión, así como la culminación de una base de datos sobre las necesidades reproductivas de la población de varias regiones del país.³⁸

Legislación y políticas de salud reproductiva y planificación familiar

El Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (PNSRPF) mencionado en el informe anterior continúa con sus objetivos iniciales de contribuir a mejorar el estado actual de la salud reproductiva.³⁹ En general, el sistema de salud ha experimentado una ampliación general de los horarios de atención de los establecimientos y de la constelación de los servicios ofrecidos en los establecimientos públicos (con una expansión de la gama de métodos anticonceptivos disponibles).⁴⁰

Por ser el cáncer ginecológico la primera causa de muerte de las mujeres en edad fértil, se elaboró el Plan Nacional de Prevención de Cáncer Ginecológico⁴¹ con el fin de promover alternativas eficientes y de calidad que contribuyan a disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino y mamas.⁴² Del mismo modo, el MINSA mediante su red de instituciones, incluyendo el Programa de Atención Materno Infantil, brinda diversos servicios de maternidad segura.⁴³

C. ANTICONCEPCIÓN

El PSRPF, mediante las Normas de Planificación Familiar, dicta una serie de disposiciones para la atención de los servicios de planificación familiar dirigidas a asegurar la elección libre e informada sobre los métodos anticonceptivos.⁴⁴ La oferta de métodos anticonceptivos del MINSA se distribuye de la siguiente manera: inyectables 37%, píldoras 21%, DIU 14%, esterilización femenina 12%, condón 10%, vasectomía 1%.⁴⁵ En cuanto a la prevalencia de la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) realizada en las mujeres, este procedimiento ha sufrido una reducción considerable: en 1996 se realizaron 81,762 intervenciones de esterilización femenina, en 1997 llegaron a 109,689, y en 1999 el número de intervenciones se redujo a 26,788.⁴⁶

Esterilización

A raíz de las denuncias que fueron presentadas por

organizaciones de la sociedad civil que daban cuenta de la campaña de AQV forzada para mujeres de zonas rurales y urbano populares (según hechos acontecidos durante los primeros años de implementación del PSRPF del Ministerio de Salud), el gobierno peruano puso en vigor un conjunto de disposiciones dirigidas a garantizar decisiones informadas.⁴⁷ Las medidas correctivas emprendidas por el Ministerio de Salud en este ámbito incorporan algunas sugerencias planteadas por las organizaciones de la sociedad civil.

En septiembre de 1999 entró en vigor la Norma de Planificación Familiar para el caso de la esterilización femenina.⁴⁸ Según esta normativa los establecimientos deben estar calificados para garantizar niveles de seguridad y calidad en las intervenciones. Para el caso de AQV masculina no es necesario tener ambientes que cumplan con los requisitos esenciales de una sala de operaciones, razón por la cual este procedimiento no está sometido a un proceso de calificación específico. Hay un Comité Central de Calificación que regula, supervisa y monitorea los procesos y hay Comités Locales responsables del proceso de calificación.⁴⁹

Cuando las usuarias optan por la AQV, el PSRPF establece disposiciones específicas para su atención, entre las que se encuentra el plazo de reflexión no menor de 72 horas, la autorización escrita, el deber de informar claramente sobre los riesgos, beneficios y efecto permanente del método.⁵⁰ Asimismo, se debe brindar orientación y consejería por lo menos en dos sesiones, una general y otra específica en las cuales el formato de solicitud de AQV debe ser leído y analizado detenidamente y verificar su comprensión en todos los puntos.⁵¹

D. ABORTO

La normativa legal que criminaliza el aborto permanece sin cambios. Se estima que 30% de los embarazos que se producen anualmente terminan en aborto y otro 30% termina en nacimientos no deseados. En promedio, cinco de cada cien peruanas de 15 a 49 años se provoca un aborto cada año. Con esta tasa, en 1997 se habrían producido en el país aproximadamente 324 mil abortos.⁵² Entre las mujeres que se someten a un aborto clandestino, 69% de las mujeres rurales pobres tienen complicaciones, a diferencia de 44% de las mujeres que viven en zonas urbanas pobres.⁵³

El Programa Materno Perinatal del MINSA señala que en 1997, 15% de las admisiones obstétrico ginecológicas se debieron a complicaciones de aborto, pero no informa si hay hospitales o clínicas con personal entrenado para tratar complicaciones derivadas del aborto.⁵⁴ El MINSA está impulsando programas piloto en algunos hospitales del país dirigidos a brindar atención y tratamiento a mujeres que

tienen complicaciones de aborto.⁵⁵

E. VIH/SIDA Y OTRAS INFECCIONES TRANSMISIBLES SEXUALMENTE (ITS)

La normativa jurídica en esta área continúa vigente. En enero de 1999 existían 8,354 casos de SIDA en el Perú. En 1991 las mujeres representaban 8.1% del número total de enfermos de SIDA, en tanto que para 1998 representaban 21.6%.⁵⁶ El Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA del Ministerio de Salud señala que hacia 1997, 80% de los servicios de salud ofrecían condones a los usuarios y 25% ofrecían servicios de diagnóstico y tratamiento de infecciones transmisibles sexualmente.⁵⁷

III. SITUACIÓN JURÍDICA DE LA MUJER

En cuanto a los derechos de la mujer en el área civil, ha habido algunos cambios interesantes en los derechos del matrimonio y en las normativas sobre violencia intrafamiliar, mientras que en otras áreas como el acoso sexual todavía no se observa un avance.

A. DERECHOS CIVILES DENTRO DEL MATRIMONIO

En el campo del derecho de familia, se promulgó una ley que equipara la edad mínima de hombres y mujeres para contraer matrimonio.⁵⁸ También entró en vigencia una importante normativa que estableció la admisibilidad de la prueba biológica, genética y otras de validez científica con igual o mayor grado de certeza para determinar la paternidad.⁵⁹ Esta ley estableció también que el resultado positivo de la prueba de ADN desecha cualquier presunción legal que legitime la negación de paternidad y acredita fehacientemente la filiación, lo cual permite la declaración judicial de paternidad extramatrimonial.⁶⁰ Esta ley derogó la disposición que impedía a la mujer iniciar un proceso judicial para lograr la declaración de paternidad de su hijo o hija si durante la época de la concepción había llevado una vida "notoriamente desreglada".⁶¹

Del mismo modo, se modificó el artículo 243 del Código Civil que daba discrecionalidad al Juez para decidir si una mujer que deseaba casarse antes de los 300 días posteriores a la disolución, no estaba embarazada por obra del marido. La reforma permite a la mujer la posibilidad de acreditar, mediante certificado médico, que no se encuentra

embarazada.⁶²

B. DERECHOS SOCIOECONÓMICOS

En materia laboral, si bien el despido por razón de embarazo de la trabajadora es considerado nulo por la legislación peruana, mediante una nueva disposición la carga de la prueba ya no recae en la trabajadora sino en el empleador, quien debe acreditar que existe una causa justa para despedirla.⁶³ También se restituyó el derecho a permiso por lactancia materna (una hora diaria hasta que el hijo cumpla seis meses).⁶⁴

En el ámbito de la educación e instrucción, mediante ley se estableció que las mujeres tienen ahora acceso a una de las instituciones tradicionalmente masculinas, la Escuela Nacional de Marina Mercante. De este modo, las mujeres que sigan las carreras correspondientes podrán obtener los grados y beneficios que les correspondan bajo los mismos principios y normas que rigen para el personal masculino.⁶⁵

C. DERECHO A LA INTEGRIDAD FÍSICA

Violencia sexual

Mediante la ley promulgada en 1999 que modificó el Código Penal se estableció el ejercicio público de la acción penal para los delitos contra la libertad sexual, que anteriormente sólo tenían acción privada.⁶⁶ Esta ley señala asimismo un procedimiento especial para la investigación del delito, el cual debe preservar la identidad de la persona agraviada, debe recabar su consentimiento para practicarle el examen médico legal, así como también debe considerar su estado físico y emocional al momento de la actuación de las pruebas judiciales.⁶⁷

Acoso sexual

El acoso sexual en el Perú no está previsto como delito y tampoco existen medidas administrativas para prevenirlo y sancionarlo ni en el ámbito laboral ni en el educativo. Actualmente existe un proyecto de ley que contempla el acoso sexual en los centros laborales, pero sólo concebido como una falta laboral y se regula como un procedimiento administrativo dentro del centro de trabajo como vía previa para formular demanda ante el Poder Judicial. Este proyecto, que tiene más de dos años, se encuentra ante la Comisión de la Mujer del Congreso para su actualización.⁶⁸

Violencia doméstica

Se introdujo una modificación al Código Penal que incorpora como agravantes los delitos de lesiones graves y lesiones leves en la relación conyugal, de convivencia y otros vínculos familiares existentes entre agresor y víctima.⁶⁹ Se debe agregar al informe anterior que en 1997 se modificó la Ley Contra la Violencia Familiar (promulgada en 1993),⁷⁰ pero sin proteger a las exconvivientes, excónyuges y aquellos

que hubieran procreado un hijo o hija en común sin mediar vínculo matrimonial o de convivencia.⁷¹ Del mismo modo, se emitió un reglamento que entró en vigor a fines de 1998 en el que se establece que no sólo los certificados médicos expedidos por el Instituto de Medicina Legal tienen valor probatorio del estado de salud física y mental en los procesos judiciales sobre violencia familiar sino también los expedidos por otros establecimientos médicos del Estado.⁷²

En 1999, el Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano (PROMUDEH) puso en funcionamiento un Módulo Piloto de Atención contra la Violencia Familiar con el fin de ofrecer a la población de Lima servicios diversos dirigidos a asegurar que los procesos judiciales por violencia familiar sean ágiles y oportunos.⁷³

IV. ADOLESCENTES

El PROMUDEH es el organismo encargado de la formulación de políticas y leyes relativas a los y las adolescentes, asumiendo la función de ente rector del Sistema de Atención Integral al Niño y Adolescente.⁷⁴ Mediante la Oficina de la Defensoría de la Gerencia de Promoción de la Niñez y la Adolescencia, el PROMUDEH también es la institución responsable de dirigir, impulsar y asesorar el sistema nacional de redes de servicios de atención a niñas, niños y adolescentes en situaciones de vulnerabilidad.

En 1997 se reglamentó el Servicio de Defensoría del Niño y el Adolescente,⁷⁵ que funciona en los gobiernos locales, instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil y se encarga de recibir los casos particulares y plantear alternativas de solución, promover conciliaciones y evaluarlos periódicamente.

A iniciativa de la Comisión de la Mujer, del Desarrollo Humano y del Deporte se modificó el Código del Niño y del Adolescente señalando que a las adolescentes embarazadas o madres no se les debe impedir iniciar o continuar sus estudios ni ser objeto de discriminación alguna.⁷⁶

Salud reproductiva

En el Perú, 13.4% de las adolescentes entre 15 y 19 años es madre o está embarazada por primera vez, siendo mayor el número de nacimientos en las mujeres que viven en zonas con mayores índices de pobreza (especialmente en la selva y la sierra), así como en áreas urbano-marginales.⁷⁷

En cuanto a anticoncepción, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996 (ENDES) alrededor de la cuarta parte de adolescentes mujeres sexualmente activas usaba algún método anticonceptivo, la otra cuarta parte usaba algún método tradicional y el resto no hacía uso de método

1997 (aunque se estimaba ya que el número real de casos estaría por encima de los ocho mil)⁷⁹ se ubica en el grupo etáreo de 20 a 29 años, lo que podría significar que se infectaron durante la adolescencia, considerando el largo periodo de latencia del SIDA.⁸⁰

El MINSA, a través del subprograma de Salud del Escolar y Adolescente, ha elaborado el Plan Nacional para la Atención Integral de la Salud del Escolar y Adolescente 1997-2001.⁸¹ El Plan tiene como objetivo disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad incrementando hábitos y conductas saludables, modificando los comportamientos de riesgo y ofreciendo atención oportuna a los casos detectados.⁸²

Si bien las instancias gubernamentales dictan disposiciones dirigidas a impulsar el acceso y la difusión de información y educación entre los y las adolescentes, el acceso al uso de anticonceptivos y a servicios es todavía limitado para los y las adolescentes. Aunque la norma del Programa de Planificación Familiar prevé el suministro de métodos anticonceptivos temporales a los y las adolescentes,⁸³ muchos proveedores de servicios de salud no los facilitan.⁸⁴

Matrimonio y adolescentes

Mediante una ley de 1999 se ha equiparado la edad mínima de hombres y mujeres para contraer matrimonio pues mediante dispensa judicial se puede autorizar el matrimonio de menores con 16 años cumplidos.⁸⁵ Esta ley dispone además que los mayores de 14 años adquieren capacidad a partir del nacimiento de un hijo o hija pero sólo para realizar ciertos actos como por ejemplo, reconocer a sus hijos, demandar por gastos de embarazo y parto, demandar y ser parte en los procesos judiciales de tenencia y alimentos a favor de sus hijos. Además, cuando una persona menor de 14 años tiene un hijo, podrá reconocerlo cuando cumpla dicha edad.⁸⁶

Delitos sexuales contra adolescentes y menores

En 1998 se modificó el Código de los Niños y Adolescentes, estableciendo que los niños y niñas tienen derecho a ser respetados por sus educadores, incluyendo este respeto no cometer actos de acoso, abuso o violencia sexuales por parte de los educadores hacia los educandos.⁸⁷ Este mismo Código se modificó a principios de 1999 con el establecimiento de derechos y garantías procesales para la víctimas de violencia sexual y defensa legal gratuita para casos de víctimas menores de edad.⁸⁸ Asimismo, se modificó el Código Penal agravando las penas de los delitos sexuales cometidos contra menores de 14 años, siendo el caso más grave la cadena perpetua cuando el acto sexual o análogo se comete contra niños o niñas menores de siete años.⁸⁹

También se aprobó una ley que establece derechos de las

víctimas de violencia sexual, en particular de los menores de catorce años. Entre las principales medidas, el PROMUDEH deberá promover programas públicos y privados de prevención, protección y atención de la violencia sexual dirigida contra los niños y adolescentes; la obligatoriedad de la intervención del fiscal en todos los procedimientos policiales y judiciales; la obligatoriedad de proveer a los niños y adolescentes de abogados de oficio que les brinden asistencia judicial integral y gratuita.⁹⁰

Educación sexual y adolescentes

El Programa Nacional de Educación Sexual presentado por el gobierno en 1998 tiene como objetivo contribuir a una formación integral que permita que los jóvenes tomen decisiones responsables y saludables para su bienestar personal, familiar y social.⁹¹ Sin embargo, algunos estudios señalan que los actuales programas del Ministerio de Educación, por sus resultados, no están cumpliendo con el objetivo de impartir educación sexual desde tempranas etapas de la vida del individuo.⁹²

NOTAS

¹ Disposiciones administrativas son aquellas que establecen la organización y las funciones de las distintas dependencias, regulan los procedimientos a través de los que éstas actúan frente a las personas o instancias con las que se relacionan, así como la resolución de cuestiones particulares como peticiones y sanciones entre otras. ALBERTO BUSTAMANTE, *El Gobierno y la Administración en la Constitución* en MARCIAL RUBIO CORREA, *El sistema jurídico. Introducción al Derecho*, Lima, PUC, 198, pp. 150-151.

² Tales disposiciones son: Decreto Supremo, Resolución Suprema, Resolución Directoral, Resolución Subdirectoral, etc., según el funcionario que las emita.

³ GRUPO IMPULSOR NACIONAL, *Mujeres y ciudadanía en el Perú. Avances y barreras*, Lima, GIN, 1998, p. 49.

⁴ Pretende mejorar el estado de salud y nutrición a través del incremento en la cobertura y calidad de servicios de salud y la promoción de mejores prácticas en salud y nutrición.

⁵ Propone equipamiento de establecimientos de salud y estudios de mantenimiento especializado de instalaciones.

⁶ Este proyecto propone la construcción de establecimientos de salud, reequipamiento de Unidades Especiales de Salud y equipamiento de establecimientos de salud, así como mantenimiento de infraestructura y equipos.

⁷ Otros programas son: Infecciones Respiratorias Agudas; Enfermedad Diarréica Aguda; Malaria y otras Metaxénicas; Salud Mental; Salud Bucal; Seguro Escolar Gratuito; y Acciones de Control de Epidemias y para casos de Emergencia y Desastres.

⁸ A nivel nacional existen 77 unidades ejecutoras en las 33 direcciones de salud que constituyen todos los departamentos del país. En el ámbito local, desde 1994 funcionan Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), que son asociaciones civiles de cinco o seis miembros de la comunidad junto con un médico jefe del establecimiento de salud local y están encargados de ejecutar el Plan de Salud Local. Véase MINISTERIO DE SALUD, *Sustentación del presupuesto 1999*, Mimeógrafo, p. 15.

⁹ Estos son órganos desconcentrados encargados de ejecutar normas emitidas por órganos técnico-normativos del nivel central.

¹⁰ Estos institutos son órganos desconcentrados y especializados dependientes del viceministro encargados de desarrollar actividades de investigación e innovación técnica tecnológica y docencia: Instituto de Rehabilitación, de Oftalmología, de Ciencias Neurológicas, de Salud del Niño, etc. MINISTERIO DE SALUD, <<http://www.minsa.gob.pe>>.

¹¹ El sector salud está constituido por cuatro subsectores: subsector público, constituido por la red de servicios de salud del Ministerio de Salud, las regiones y subregiones de salud y los municipios; subsector del Instituto Peruano de Seguridad Social; subsector de las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales; y el subsector privado.

¹² CENTRO LEGAL PARA DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS (CRLP) Y ESTUDIO PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER (DEMUS), *Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas*, Nueva York, noviembre 1997, pp. 174, [en adelante *Mujeres del Mundo*].

¹³ MINISTERIO DE SALUD -OFICINA DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA, *II Censo de infraestructura sanitaria y recursos del sector salud, 1996*. Estos se dividen en 136 hospitales; 1028 Centros de Salud; 4762 puestos de salud (atención primaria) y siete otros.

¹⁴ MINISTERIO DE SALUD, *II Censo*.

¹⁵ OPS, *Perfil del sistema de servicios de salud de Perú*, revisado el 24 de noviembre, 1999, p. 5.

¹⁶ MINISTERIO DE SALUD, *Compendio de procedimientos en salud de la mujer. Para centros de salud y puestos de salud I*, 1999. Mimeógrafo. pp. 11-12. Estos problemas de salud incluyen: prevención, detección y tratamiento precoz de enfermedades ginecológicas e infecciones de transmisión sexual, detección temprana de gestación, control prenatal, promoción del cuidado prenatal, control de alto riesgo obstétrico, atención de parto normal, prevención, detección y tratamiento precoz de complicaciones del parto, atención del puerperio normal y complicado.

¹⁷ Sustentación del Proyecto de Presupuesto 1999 del Ministerio de Salud, p. 21.

¹⁸ Resolución Ministerial no. 534-97-SA/DM, promulgada el 28/11/97 y publicada el 30/11/97.

¹⁹ Normas para la calificación de médicos cirujanos para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria. R.M. no. 440-98-SA/DM, promulgada el 6/11/98 y publicada el 11/11/98. Los médicos deben someterse, según esta norma, a evaluación de conocimientos teóricos así como a una evaluación de la técnica operatoria bajo observación directa.

²⁰ OPS, *Perfil del sistema de servicios de salud de Perú*, revisado el 24 de noviembre, 1999, p. 9.

²¹ Ley General de Salud, no. 26842, promulgada el 15/7/97 y publicada el 20/7/97.

²² Conclusiones de la participación de las ONG en el Seminario "Cairo +5: Avances, desafíos y perspectivas desde la sociedad civil", realizado el 1 y 2 de diciembre de 1998. Mimeógrafo, p. 6.

23 *Ibid.*

24 GRUPO IMPULSOR NACIONAL, *Mujeres y ciudadanía en el Perú. Avances y barreras*. Lima, GIN, 1998, p. 50. El Grupo nace para monitorear el cumplimiento de los compromisos de Beijing y para ello realizó en 1998 un estudio a nivel nacional tomando una muestra de 83 establecimientos de salud pública.

25 *Ibid.*

26 Conclusiones "Cairo +5" p. 16. Coordiplan es el ente coordinador del Plan Nacional de Población y como institución intersectorial está integrada por el Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano (Promudeh), Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de la Presidencia, Instituto Peruano de Seguridad Social, Instituto Nacional de Estadística e Informática y Consejo Nacional de Ambiente. *Ibid.*, art. 2.

27 Ley no. 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, art. 14, promulgada el 15/5/97 y publicada el 17/5/97. La SEPS regula las reservas que deben constituir las EPS y también la elaboración y presentación de sus estados financieros. Para supervisar la solvencia e infraestructura propia de las EPS, éstas deben brindar a la SEPS las facilidades para acceder a información contable y financiera. Decreto Supremo no. 005-98-SA, promulgado el 8/5/98 y publicado el 17/5/98.

28 Resolución de Superintendencia no. 009-99-SEPS, promulgada el 12/3/99 y publicada el 25/3/99. La información mínima debe incluir aquella que dé cuenta de la solvencia patrimonial de la entidad. Asimismo, la norma señala que el plan de salud debe señalar expresamente los requisitos para la atención, existencia de copagos, mecanismos de reajuste de aportes y copagos, los establecimientos en que recibirán atención los asegurados y el plazo del contrato.

29 Resolución de Superintendencia no. 025-98-SEPS, promulgada el 31/7/98 y publicada el 22/8/98.

30 Resolución de Superintendencia no. 022-98-SEPS, promulgada el 21/7/98 y publicada el 6/8/98. El usuario o la usuaria realiza un reclamo frente al incumplimiento por parte de la EPS de las obligaciones contenidas en el plan de salud así como ante las deficiencias en la calidad de la atención.

31 Resolución de Superintendencia no. 012-98-SEPS, promulgada el 5/6/98 y publicada el 10/6/98.

32 Es derechohabiente el beneficiario directo y legal del asegurado en su calidad de cónyuge o conviviente o sus hijos e hijas, según el D.S. no. 009-97-SA, reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

33 Ley no. 27056 art. 1 y Decreto Supremo no. 002-99-TR, promulgado el 26/4/99 y publicado el 27/4/99.

34 Ley no. 27056, art. 11 y D.S. 002-99-TR, art. 24.

35 Ley no. 26790, art. 6.

36 Decreto Supremo no. 011-98-PROMUDEH. Promulgado el 26/9/98 y publicado el 29/9/98. Las agencias gubernamentales que ejecutan el Plan Nacional de Población son: Ministerio de la Presidencia, Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Instituto Peruano de Seguridad Social, Instituto Nacional de Estadística e Informática y Consejo Nacional de Ambiente. Véase CRLP/DEMUS, *Mujeres del mundo*, p. 177.

37 Resolución Ministerial no. 009-99-PCM, art. 1. Promulgada el 26/1/99 y publicada el 26/1/99. Esta Comisión es intersectorial pues está integrada por el Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano (Promudeh), Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de la Presidencia, Instituto Peruano de Seguridad Social, Instituto Nacional de Estadística e Informática y Consejo Nacional de Ambiente. *Ibid.*, art. 2.

38 Información proporcionada por la Gerencia de Desarrollo Humano del Promudeh, designada como Secretaría Técnica del COORDIPLAN.

39 MINISTERIO DE SALUD, <<http://www.minsa.gob.pe>>, visitada el 12/5/99. Este programa consta de cinco estrategias, entre las cuales se encuentran la promoción del ejercicio de los derechos ciudadanos y reproductivos, el desarrollo del enfoque de género en los servicios de planificación familiar y la prevención de la violencia familiar.

40 GRUPO IMPULSOR NACIONAL, p. 49.

41 Plan Nacional de Prevención del Cáncer Ginecológico, R. M. No. 103-99, del 26/2/99.

42 Plan Nacional de Prevención del Cáncer Ginecológico: cuello uterino y mama 1998-2000, R.M. no. 103-99-SA/DM, p. 4. Este plan tiene como población objetivo a las mujeres, especialmente las adolescentes y adultas de 15 a 24 años para acciones preventivas y promocionales, y las de 30 a 49 años de bajo nivel socioeconómico para acciones de detección, diagnóstico y tratamiento.

43 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA, *Estado de la población peruana: 1997. Salud reproductiva*. Lima, INEI-UNFPA, 1997, p. 28. Respecto a cobertura, el

Programa materno-perinatal señala que entre 1990 y 1996 el número de usuarias se incrementó considerablemente. Sin embargo, a pesar de estos incrementos, importantes sectores de la población no acceden todavía a estos servicios: el 30.7% de las mujeres no recibió cuidado prenatal de nadie, sobre todo en las zonas rurales y entre las mujeres sin instrucción alguna. La atención del parto sólo se produjo en el 56% de los casos.

44 Normas de Planificación Familiar, Resolución Ministerial no. 465-SA/DM, del 22/9/99. Según estas normas, antes de elegir y aplicar un método anticonceptivo, los proveedores deben, además de realizar un examen físico, evaluar la presencia de riesgo de violencia o maltrato familiar. Si se detecta la presencia de este riesgo, el proveedor debe atender las lesiones y hacer la transferencia correspondiente para abarcar el problema de manera integral.

45 Cifras dadas por el Dr. Carlos Eduardo Aramburú en mayo de 1998 en el panel "Aspectos éticos y políticos de la AQV en México y Perú" (12 mayo 1998).

46 Resolución Defensorial no. 03-DP-2000, 28 de enero, 2000, tercer considerando. Esta reducción en el uso de la AQV probablemente se deba a los temores que provocaron las distintas denuncias públicas que las organizaciones de mujeres y representantes de la Iglesia hicieron sobre su aplicación compulsiva. Véase DEMUS, *Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas*, capítulo de Perú, Informe borrador. Lima, agosto 1999 [en adelante, DEMUS, *Informe borrador*].

47 Un estudio sobre este tema concluyó que existían metas numéricas a nivel nacional exclusivamente para AQV. Del mismo modo, el gobierno reconoció de manera tácita estos sucesos cuando en julio de 1998 distribuyó un documento titulado "El programa peruano de salud reproductiva", donde señala los correctivos al PNSRPF y establece que "no habrá metas a los proveedores en ligadura de trompas o vasectomías o sobre cualquier otro método de planificación familiar...". COMITÉ LATINOAMERICANO DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER (CLADEM), *Nada personal. Reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998*, Lima, abril de 1999, p. 142.

48 Normas de Planificación Familiar, Resolución Ministerial no. 465-SA/DM, del 22 de septiembre de 1999.

49 Los establecimientos son evaluados *in situ* y deben cumplir requisitos de infraestructura física y equipamiento (ambientes, equipos e instrumental quirúrgico e insumos) así como aspectos administrativos (recursos humanos, aspectos normativos y sistemas gerenciales). La calificación tiene una vigencia de dos años. *Ibid.*, pp. 27-29.

50 Normas de Planificación Familiar, Resolución Ministerial no. 465-SA/DM, del 22/9/99, pp. 43-45. Estas normas establecen un periodo de reposo de siete días en AQV femenina y de cinco en AQV masculina, además del tratamiento postoperatorio a seguir.

51 *Ibid.*

52 INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA, *Estado de la población peruana: 1997. Salud reproductiva*. Lima, INEI-FNUAP 1997, pp. 33-34. Por constituir un delito, la práctica del aborto es clandestina, lo cual dificulta el intento de estimar su magnitud y características.

53 *Ibid.* La clandestinidad e inseguridad que supone el aborto en el Perú determina que del 100% de mujeres que se provocan un aborto, 47% sufra complicaciones y que sólo 20% sea hospitalizada y atendida.

54 *Indicadores seleccionados para el seguimiento de los ejes estratégicos de los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. Mimeógrafo, p. 91.

55 DEMUS, *Informe borrador*.

56 RICHARD WEBB y GRACIELA FERNÁNDEZ BACA, *Perú en números*, Lima, Cuánto, 1999, p. 374.

57 *Indicadores seleccionados para el seguimiento de los ejes estratégicos de los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. Mimeógrafo, p. 72.

58 Ley no. 27201 del 12 de noviembre de 1999.

59 Ley no. 27048, promulgada el 31/12/98 y publicada el 6/1/99.

60 *Ibid.*

61 *Ibid.*

62 Ley no. 27118, promulgada el 15/05/99 y publicada el 23/05/99.

63 Ley no. 27185, promulgada el 18/10/99 y publicada el 19/10/99.

64 Ley no. 27240, promulgada el 22/12/99 y publicada 23/12/99.

65 Ley no. 27134, promulgada el 4/6/99 y publicada el 5/6/99.

66 Ley no. 27115, promulgada el 15/5/99 y publicada el 17/5/99.

67 *Ibid.*

68 Proyecto de Ley no. 2842/96-CR. El proyecto ha sido objeto de varias consultas a especialistas en Derecho Laboral, Defensoría del Pueblo, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano, entre otros.

69 Ley no. 26788, promulgada el 15/5/97 y publicada el 16/5/97.

70 Ley no. 26260 del 25 de diciembre de 1993.

⁷¹ En 1997 se adopta un Texto Único Ordenado (TUO) que integra las provisiones de la Ley no. 26260 de 1993 y la nueva ley que la modifica (Ley no. 26763 de 1997). Véase GIULIA TAMAYO, *Derechos humanos de las mujeres, Violencia contra la mujer y paz en la región, Revisión de avances y desafíos a cinco años de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, informe preparado para la Reunión Regional de ONG de América Latina y el Caribe hacia Beijing + 5, Lima, 5-7 de febrero, 2000, p. 20.

⁷² Ley no. 27016, promulgada el 19/12/98 y publicada el 20/12/98. En ambos tipos de establecimientos los certificados son gratuitos. Los centros médicos privados que hayan suscrito convenio con el Ministerio Público y el Poder Judicial también pueden expedir estos certificados con valor probatorio.

⁷³ Resolución Ministerial no. 216-99-PROMUDEH, promulgada el 5/7/99 y publicada el 6/7/99. Para el funcionamiento del módulo, el Promudeh suscribió un convenio con los Ministerios del Interior, Salud y Justicia y con el Ministerio Público (Fiscalía).

⁷⁴ R.VM no. 033-97-PROMUDEH, promulgada el 5/12/97 y publicada el 21/12/97.

⁷⁵ *Ibid.*

⁷⁶ Código del Niño y del Adolescente, Ley no. 27337, del 21 de julio, 2000, art. 14.

⁷⁷ MINISTERIO DE SALUD, *Plan Nacional para la Atención Integral de la Salud del Escolar y Adolescente 1997-2001*. R.M. no. 175-98-SA/DM, promulgada el 8/5/98 y publicada el 113/5/98. Subprograma de Salud del Escolar y Adolescente, Lima, 1998, p. 15.

⁷⁸ MINISTERIO DE SALUD, *Plan Nacional para la Atención Integral de la Salud del Escolar y Adolescente 1997-2001*. Subprograma de Salud del Escolar y Adolescente, R.M. no. 175-98-SA/DM, promulgada el 8/5/98 y publicada el 13/5/98. Lima, 1998, pp. 16-17.

⁷⁹ ROGELIO FERNÁNDEZ CASTILLA, "Salud reproductiva y sexualidad desde la perspectiva de la Conferencia de Población y Desarrollo de el Cairo", en *Revista de la Academia Peruana de Salud*. Año V, no. 1, 1998-1999, Lima, APS, 1999, p. 90.

⁸⁰ MINISTERIO DE SALUD, *Plan para la Atención del Escolar y Adolescente*, p. 17.

⁸¹ *Ibid.*

⁸² *Ibid.*, pp. 22-24.

⁸³ Normas de Planificación Familiar, Resolución Ministerial no. 465-SA/DM, del 22/9/99, pp. 42-43. Se debe señalar que el suministro de anticonceptivos se prevé cuando la adolescente lo solicita, cuando presenta riesgo de embarazo no deseado o de contraer una ITS, cuando ha recibido consejería, tiene más de 16 años o es sexualmente activa.

⁸⁴ DEMUS, *Informe borrador*.

⁸⁵ Ley no. 27201, promulgada el 12/11/99 y publicada el 14/11/99.

⁸⁶ *Ibid.*

⁸⁷ Ley no. 26941, promulgada el 15/4/98 y publicada el 16/4/98.

⁸⁸ GIULIA TAMAYO, p. 23 (citando la ley no. 27055 de enero de 1999).

⁸⁹ Decreto Legislativo no. 896, promulgada el 23/5/98 y publicada el 24/5/98. Si la víctima tiene de siete a menos de 10 años de edad, la pena será de 25 a 30 años, y si tiene de 10 a menos de 14, la pena será de 20 a 25 años. También corresponde cadena perpetua cuando el delito causa la muerte de la víctima o le produce lesiones graves o muerte.

⁹⁰ Ley no. 27055, promulgada el 15/1/99 y publicada el 24/1/99. También la declaración preventiva se debe rendir ante el fiscal de familia y no ante el juez penal, y se prohíbe la participación del niño, niña o adolescente en diligencias de reconstrucción de los hechos.

⁹¹ MINISTERIO DE EDUCACIÓN, *Guía de Educación Familiar y Sexual para Formación Magisterial*. Lima, Ministerio de Educación, 1998, pp. 7 y 8.

⁹² JAIME NUÑEZ PARRA, "Manejo del factor riesgo en adolescentes embarazadas", en *Revista de la Academia Peruana de Salud*. Año V, no. 1, 1998-1999, Lima, APS, 1999, p. 94.

Tendencias Regionales en Materia de Derechos Reproductivos

Este capítulo identifica tendencias en materia de derechos reproductivos y de la situación jurídica y social de la mujer, que surgen del estudio de nueve regiones de América Latina y el Caribe. Estas características regionales proporcionan una guía invaluable para estimar el esfuerzo que se requiere para promover los derechos reproductivos y para poner particular atención en aquellas leyes y políticas que pueden llevar a la realización de tales derechos. Al resaltar determinados temas descritos en este informe, el análisis de las tendencias regionales identifica leyes nacionales relevantes que puedan servir como base a los esfuerzos de reforma legislativa en el ámbito regional. También se mencionan propuestas de leyes y políticas en proceso de adopción en las diversas áreas de análisis, al igual que se hace notar la ausencia de regulación o las limitaciones existentes en la información disponible en cada país.

Las tendencias regionales descritas en este capítulo están basadas únicamente en el análisis del contenido de leyes y políticas nacionales. No se examina la forma en que tales leyes y políticas son ejecutadas o implementadas, ni los procedimientos legales o administrativos a que éstas hubieran dado lugar. Aunque consideramos esa información esencial e importante para el logro de los derechos reproductivos, creemos también en la necesidad de establecer, en primer lugar, el marco legal y político general que facilite la exploración de otros mecanismos formales que influyen en la vida reproductiva de las mujeres. Es nuestra intención que las tendencias regionales encontradas y descritas en esta sección constituyan, más que una forma de conclusión de este informe, un prólogo a múltiples y diversas iniciativas de gobiernos, agencias y organizaciones no gubernamentales, dirigidas a promover los derechos reproductivos.

I. Sentando las Bases: el Marco Legal y Político

Todos los países latinoamericanos, con excepción de Brasil, lograron su independencia de la monarquía de España en las primeras décadas del siglo XIX. Brasil hizo lo propio independizándose de la monarquía de Portugal a finales de ese siglo. La colonización portuguesa instaurada en Brasil determinó, en ese país, una lengua distinta a la predominante

en la región –el español– y la presencia más importante de población africana entre todos los países latinoamericanos, como consecuencia del proceso de esclavitud que terminó en Brasil, apenas en 1888. Jamaica obtuvo su independencia de la corona británica en 1962, aunque es miembro de la Comunidad Británica de Naciones y reconoce a la Reina Isabel II como jefe de estado.

La herencia de la colonización española y portuguesa en América Latina ha determinado diversos factores comunes entre los pueblos que conforman los países de la región, siendo el más relevante para el análisis planteado en este informe la existencia de un sistema legal común, el de la antigua Roma, codificado en un cuerpo legal denominado *Corpus Juris Civilis*, del cual deriva el nombre que comúnmente se atribuye al sistema legal romano, denominándolo 'sistema legal civil'. En este sistema, el rol de las cortes es aplicar la ley pero no crearla; los fallos y decisiones judiciales solo constituyen jurisprudencia obligatoria cuando la ley así lo ordena. A diferencia de los demás países considerados, Jamaica ha heredado de la colonización británica el sistema legal de la antigua Inglaterra, el *Common Law*. Este sistema legal está constituido por un conjunto de principios y reglas cuya autoridad deriva únicamente de usos y costumbres muy antiguos, provenientes principalmente del derecho no escrito de la antigua Inglaterra. En los países que analizamos, como en los demás de América Latina y el Caribe, estos sistemas jurídicos formales coexisten con normas consuetudinarias y sistemas de administración de justicia basados en reglas y costumbres

milenarios, propios de los pueblos indígenas y nativos. Aunque casi todas las constituciones reconocen y protegen la diversidad étnica y las costumbres de los pueblos indígenas en sus territorios, no todas aceptan la validez de sus normas consuetudinarias como un sistema jurídico y son menos las que los admiten como alternativo o paralelo al sistema jurídico formal. Únicamente Bolivia y Perú los reconocen como tales.

En Bolivia, la aplicación de las normas y procedimientos existentes en los grupos campesinos o indígenas, por las autoridades propias de esas comunidades, se considera una vía de 'solución alternativa de conflictos'; mientras que Perú reconoce la existencia del 'derecho consuetudinario' y faculta a las autoridades de las comunidades campesinas y nativas a ejercer funciones jurisdiccionales, con carácter de 'jurisdicción especial'. Sin embargo, esta jurisdicción solo es permitida cuando hay vacío o deficiencia de la ley para regular una determinada situación. Al igual que en Bolivia y Guatemala, en el Perú se establece que las normas consuetudinarias –o su aplicación– no deben violar los derechos fundamentales de las personas. En Colombia se reconoce a las autoridades de los pueblos indígenas el derecho a administrar justicia en sus territorios y de acuerdo a sus costumbres, sin darle la jerarquía de derecho o sistema alternativo al formal, mientras que en México, la Constitución protege 'las prácticas jurídicas' de los pueblos nativos.

El contexto social y político influye de manera determinante en la legislación de los países, en la aplicación de las leyes y también en la estabilidad de las políticas. Dictaduras militares y civiles, así como procesos largos de guerra civil, son dos características que han cruzado la historia reciente de los países latinoamericanos que estudiamos. El inicio de cada dictadura, así como cada retorno a la democracia, y aun las alternancias democráticas en el poder, han supuesto siempre una suerte de reconfiguración traumática del escenario legal y político de esos países. El resultado de este fenómeno es una dinámica de avances y retrocesos en materia de políticas y de normas, o la aplicación fragmentada o parcial de las mismas. Si se tiene en cuenta que los períodos gubernamentales en los países estudiados oscilan entre cuatro y cinco años, con excepción de Jamaica y México, es posible deducir que la duración de las políticas y programas gubernamentales en materia de población, salud reproductiva y planificación familiar, tienen un período de aplicación similar.

A. ESTRUCTURA DE LOS GOBIERNOS NACIONALES

Los gobiernos de los países analizados son definidos constitucionalmente como republicanos, con excepción de Jamaica, que es una monarquía parlamentaria. Estos gobiernos republicanos se inscriben en el sistema político denominado

'democracia representativa', es decir, los gobiernos y sus autoridades representan al pueblo, del cual emana el poder del que se hallan investidos. En el caso de las monarquías parlamentarias democráticas, como Jamaica, aunque la máxima autoridad del país es el representante de la corona británica, el Poder Ejecutivo está conformado por miembros de la Cámara de Representantes, elegidos por sufragio. El gobierno de todas estas naciones se ejerce a través de tres poderes: el Ejecutivo, el Legislativo y el Judicial.

La estructura de la administración político-territorial varía entre los países. Los gobiernos de Argentina, Brasil y México son federales, es decir, están constituidos por una federación de entidades territoriales independientes en lo ejecutivo, legislativo y judicial, aunque enmarcadas en las limitaciones que, en cada una de esas áreas, establece la constitución política de cada uno de esos países. Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala y Perú son gobiernos unitarios, dependientes de poderes centrales, aunque con diversos niveles de descentralización administrativa en cada uno de ellos.

En la estructura de gobierno de todos los países analizados existen oficinas gubernamentales dedicadas a la promoción de los derechos de las mujeres y la búsqueda de la igualdad. En seis de los nueve países –Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Perú y El Salvador– estas instancias tienen diversos niveles de injerencia en el Poder Ejecutivo y cuentan con presupuesto propio; mientras que en los restantes estas oficinas tienen bajo rango de decisión y no disponen de recursos independientes, como se detalla en la sección correspondiente de este capítulo.

En cuanto a la participación de las mujeres en la estructura política, Argentina y Brasil son los únicos países entre los nueve, que cuentan con normas nacionales que legislan medidas de acción positiva para lograr la incorporación de las mujeres en la vida política de esos países. En Argentina, existe una norma de carácter constitucional que establece que los partidos políticos y el régimen electoral –órganos y procedimientos que reglamentan los procesos electorales– adopten medidas para lograr la igualdad real en el acceso a puestos electivos y partidarios entre hombres y mujeres. En Brasil, la Ley de Cuotas – Ley 9100– ordena que las listas de candidatos de cada partido o alianza política en los procesos de elecciones municipales, tengan un mínimo de 20% de mujeres entre sus candidatos. Las estadísticas muestran que esta medida ha significado un importante salto en la participación política de las mujeres.

Poder Ejecutivo

En los países latinoamericanos, el Poder Ejecutivo es el que tiene a su cargo la administración política y económica de los

países, así como también el de la política y las relaciones internacionales, principalmente. Los presidentes dirigen el Poder Ejecutivo conjuntamente con los gabinetes de ministros, encargados de la elaboración de las políticas sectoriales, incluidas las de salud y población. En Jamaica, la cabeza del Poder Ejecutivo es la Reina de la corona británica, representada por el gobernador general –a quien ella elige– aunque, en la práctica, el primer ministro y el gabinete ministerial ejercen tal poder. En los nueve países, tanto los presidentes como los ministros están sujetos a control de los órganos que ejercen los poderes Legislativo y Judicial, con diverso grado de intervención y en concordancia con las normas constitucionales.

Poder Legislativo

Los órganos que representan y ejercen el Poder Legislativo son los ‘congresos nacionales’, denominados también ‘asambleas legislativas’ o ‘parlamentos’, según los países. Con excepción de El Salvador, Guatemala, Jamaica y Perú, los países restantes tienen congresos bicamerales. El parlamento de Jamaica está compuesto por el gobernador general quien representa a la Reina, el senado y la cámara de representantes, mientras que los tres países restantes, tienen congresos unicamerales, compuestos por más de cien congresistas. En Argentina, Bolivia, Brasil y México, el congreso tiene dos cámaras: una de diputados y una de senadores; en Colombia, existe una cámara de senadores y una de ‘representantes’. La función principal de los congresos es la legislativa.

El proceso de adopción de las leyes es similar en estos países, con excepción de Jamaica. Una vez propuesta una ley ante el Congreso, ésta es revisada y discutida por sus miembros, luego de su aprobación por mayoría pasa al Presidente para su promulgación y publicación. Los presidentes tienen derecho de vetar u observar las leyes, aunque la decisión final corresponde al Congreso, el cual puede prescindir del veto presidencial. Para aprobar una ley vetada por el Presidente, el Congreso necesitará un porcentaje mayor de votos –dos tercios de la votación, en el caso de Guatemala y El Salvador. La publicación de las leyes es obligatoria en todos los países.

Para efectos de este informe es importante notar que en tres países –Brasil, Colombia y Perú– las leyes pueden ser propuestas por iniciativa popular directa, es decir, cualquier ciudadano o grupo de ciudadanos puede proponer una ley, luego de cumplir los requisitos establecidos por las normas nacionales. En los demás países, tales propuestas son indirectas, ya que deben ser presentadas siempre a través de aquellas personas u organismos a quienes la Constitución atribuye tal derecho.

En los países de estructura gubernamental unitaria, el Poder

Legislativo tiene la facultad de legislar en casi todas las materias que son objeto de regulación de las leyes. Sin embargo, las repúblicas federales –Argentina, Brasil y México– reservan constitucionalmente para los órganos legislativos nacionales determinadas áreas de la legislación, mientras que las instancias legislativas de las divisiones territoriales se ocupan de todas aquellas otras no reservadas al Poder Legislativo nacional. Por ejemplo, en Argentina, la constitución establece específicamente las leyes que el congreso dicta con carácter nacional, tales como los códigos civil, comercial, penal, de minería y del trabajo y seguridad social, entre otras leyes. En México, determinadas materias penales y civiles son reguladas a nivel federal mientras que otras, como el matrimonio y los delitos sexuales, son materias de competencia de los órganos legislativos de cada estado.

Poder Judicial

Los sistemas de cortes en todos los países estudiados, con excepción de Jamaica, tienen en común la existencia de un tribunal de máxima jerarquía, denominado corte o tribunal supremo. Jamaica es la excepción, al tener dos tribunales máximos con diferente ámbito de competencia. La mayoría de los países tiene una instancia judicial de primer nivel, denominada ‘juzgados de paz’, a cargo de abogados o cualquier p e r s o n a elegida por la comunidad para solucionar conflictos dentro de ésta, con cuantías y materias específicamente determinadas por ley. En Bolivia, Colombia, México, y Perú, las autoridades campesinas, nativas e indígenas pueden administrar justicia.

Fuentes nacionales del Derecho

Las fuentes del Derecho varían según la naturaleza del sistema jurídico. En Jamaica, cuyo sistema legal es el ‘Common Law’, las decisiones judiciales constituyen una de las principales fuentes. En la tradición legal de las naciones latinoamericanas, la fuente principal del derecho son las normas escritas, mientras que las decisiones judiciales solo constituyen jurisprudencia obligatoria por mandato expreso de la ley.

En todos los países, sin excepción, las constituciones nacionales son la fuente formal más importante de sus ordenamientos jurídicos. Dichas fuentes formales conforman una pirámide, en cuya cúspide se encuentra la Constitución nacional o federal, según sea la estructura de gobierno. En Argentina, Brasil y Guatemala, la Constitución comparte ese lugar con los tratados de derechos humanos, entre los cuales se encuentra la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) y otros instrumentos regionales de protección de los derechos de las

mujeres. En Jamaica, siguen en jerarquía a la Constitución las normas parlamentarias y el 'Common law', o las decisiones de las cortes.

Existen otras fuentes secundarias del Derecho en estos países. En Colombia, son 'fuentes auxiliares' del Derecho interno: el principio de equidad, la jurisprudencia, los principios generales del Derecho y la doctrina jurídica. La costumbre –distinta de las normas consuetudinarias de los pueblos indígenas– constituye también fuente de Derecho en El Salvador y Guatemala. En este último y en Perú la jurisprudencia es fuente del Derecho por mandato expreso de la ley. En México, los principios generales del Derecho se aplican en ausencia de la ley y solo en materia civil, mientras que en Perú, estos se aplican por deficiencia de la ley y expresamente en materia de salud.

Fuentes internacionales del Derecho

Los tratados constituyen las fuentes internacionales del derecho por excelencia en todos los países. En ningún caso los tratados son superiores a las constituciones nacionales, aunque, como se refiere en la sección anterior, Argentina, Brasil y Guatemala, otorgan a los tratados de derechos humanos la misma jerarquía que la Constitución. Los cinco países restantes estudiados en este reporte, no otorgan tal jerarquía a dichos tratados. De este modo, para los tres países mencionados, la CEDAW y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará), ambas ratificadas por esos países, se constituyen en normas de carácter constitucional y, por lo tanto, tienen preferencia sobre las demás del Derecho interno. La importancia del rango constitucional de los tratados de derechos humanos radica no solo en la supremacía de éstos sobre las leyes internas, sino, principalmente, en la posibilidad de aplicación directa que los tribunales pueden hacer de los tratados de derechos humanos a los casos referidos a la protección de los derechos de las mujeres, en ausencia de leyes especiales o cuando existen normas de menor jerarquía que contradigan lo establecido en esos tratados. Paradójicamente, los tres países arriba mencionados todavía mantienen en sus legislaciones internas normas discriminatorias contra las mujeres o que dificultan el ejercicio pleno de sus derechos reproductivos. Cabe indicar que todos los países bajo análisis han adoptado las convenciones arriba citadas.

En cuanto a los tratados internacionales en general, existen dos tendencias en su regulación entre los nueve países analizados: aquellos que les otorgan una jerarquía infraconstitucional, pero superior a la de las leyes internas, como es el caso de Argentina –respecto a los tratados que no son de derechos humanos– y de Colombia. Otros países, los incorporan en sus ordenamientos jurídicos con el mismo rango

que las demás leyes internas. Esto sucede en Bolivia, Brasil, El Salvador, Guatemala y Perú. México es una excepción, porque aunque este país no otorga explícitamente rango constitucional a los tratados, los declara como 'ley suprema' de la nación al lado de la Constitución.

En algunos de los países, la predominancia de la Constitución sobre los tratados es más explícita. En El Salvador existe un mandato expreso que prohíbe al gobierno suscribir tratados que afecten o restrinjan las normas contenidas en la Constitución; si se diera el caso, el Poder Judicial tiene facultad para declarar su nulidad. La manera en que los tratados son adoptados es muy similar en todos los países analizados, con excepción de Jamaica, donde el Presidente suscribe o firma los tratados, luego éstos son aprobados por el Poder Legislativo –previa o posteriormente, según la materia de que se trate – y después forman parte del derecho interno.

En Jamaica, la firma y ratificación de los tratados no están sujetas a escrutinio parlamentario, excepto en circunstancias especiales, como cuando los tratados impliquen una reducción de los derechos de los ciudadanos, cuando amplíen las facultades del Poder Ejecutivo y cuando impongan obligaciones económicas al gobierno.

II. Examinando Salud y Derechos Reproductivos

Los nueve países estudiados han respondido a los problemas de salud reproductiva en mayor o menor grado y a través de diversas estrategias, logrando, en el ámbito regional, un comprensivo volumen de leyes, políticas y programas. La intención de los gobiernos en la promoción de la salud reproductiva se debe medir no solo en la existencia o no de leyes y políticas generales, sino también en el nivel de ejecución de programas y estrategias específicas. La mayoría de estos países tiene constituciones en las cuales se garantiza el derecho a la salud, así como una instancia nacional de salud –ministerio o secretaría– encargada de formular y desarrollar políticas. Sin embargo, hay muy pocos mecanismos en el ordenamiento jurídico para hacer efectivo este derecho.

América Latina y el Caribe son regiones que tienen población indígena, nativa o campesina considerable, con características culturales, demográficas y de acceso a servicios de salud distintas a la población urbana o no indígena. Sin embargo, en los países que analizamos, las leyes en materia de salud y las estrategias de las políticas casi no toman en cuenta tales variables, con excepción de las políticas generales de salud de Colombia y El Salvador, y los programas de salud reproductiva de México y Perú.

En algunos países, los documentos de políticas indican la existencia de una relación directa entre pobreza, falta de educación, marginalidad social, discriminación y desatención de la vida reproductiva y mortalidad materna. Estos estudios, demuestran que las mujeres rurales tienen menos posibilidades de ejercer los derechos protegidos por las leyes nacionales y a los servicios prestados por el Estado.

A. LEGISLACIÓN Y POLÍTICA SOBRE SALUD

En los nueve países, el Ministerio de Salud es el ente del Poder Ejecutivo encargado de formular y, en la mayoría de los casos, de administrar la política de salud, con una clara tendencia hacia la descentralización en la prestación de los servicios. Sin embargo, 'descentralizar' los servicios de salud no significa lo mismo en todos los países. Algunos gobiernos, como los de Bolivia, Brasil, México y Perú, se refieren a la capacidad jurídica de las entidades del gobierno para tener autonomía administrativa y patrimonio propio, sin darse un cambio en la propiedad de la infraestructura de salud ni en la responsabilidad de la provisión de tales servicios. En Bolivia, aunque los gobiernos municipales aportan la infraestructura, recursos, equipo, coparticipación tributaria, pero las leyes y estrategias generales, así como la prestación de servicios especializados, están centralizadas. Por otro lado, países como Argentina, se refieren a la descentralización como sinónimo de privatización, o de incorporar el sector privado en la prestación de servicios de salud, trasladando también la responsabilidad de la administración de tales servicios a manos privadas. En la actualidad, todos los gobiernos de los países registrados en este informe están directamente involucrados en la prestación de los servicios de salud, pero en proceso de trasladar tal responsabilidad a manos del sector privado o a los sistemas de seguros de salud sostenidos por las contribuciones de los trabajadores y otros. Argentina es el país más avanzado en ese proceso.

Los sistemas públicos de salud coexisten en todos los países, con sistemas de seguro sostenidos por las cotizaciones de los trabajadores para cubrir sus necesidades de salud. Las coberturas de estos seguros varían en los nueve países, aunque todos tienen el reto común de ampliarlas a sectores de la población excluida de ese sistema por no tener empleo formal.

Objetivos de la política sobre salud

El objetivo principal común de las políticas de salud en los países que se analizan es cubrir las necesidades básicas de los sectores menos favorecidos. En todos los países, las políticas se proponen mejorar la calidad de los servicios de salud y brindar atención gratuita o subsidiada a los sectores menos favorecidos, con diverso énfasis. En Argentina, el énfasis está puesto en la mejora de la calidad de los servicios, por haber logrado ese país

niveles de cobertura óptimos, según las estadísticas. También en México y Perú, la calidad y la eficiencia del sector salud son preocupaciones centrales de los gobiernos, aunque sus niveles de cobertura de servicios de salud son más bajos. En los demás países, las políticas de salud se concentran en prestar los servicios básicos de salud, por haber una proporción más grande de la población que no tiene acceso a los servicios básicos de salud. Este es el caso de Colombia, Bolivia, El Salvador y Guatemala. En Colombia por ejemplo, la política de salud está encaminada a lograr la atención básica gratuita y obligatoria para los sectores más pobres, y tiene como meta para el año 2000 proporcionar cobertura a la totalidad de la población, incluyendo a los que no pueden pagar.

En términos de políticas de salud, son modelos para la región, Brasil y Perú, por el esfuerzo actual que realizan ambos gobiernos en la implementación de programas integrales de salud. El gobierno de Brasil ha señalado 1997 como el Año de la Salud, y ha establecido acciones orientadas al mejoramiento de la salud de la población, con participación de organismos federales, estatales, municipales y privados en la obtención de estas metas. Entre sus acciones específicas, se encuentran las campañas de movilización social en favor de la salud y programas de prevención, con énfasis en la atención primaria con agentes comunitarios de salud, en temas de asistencia médica básica, salud de la mujer y del niño, y enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

En Perú hay un desarrollo importante de políticas y legislación en materia de salud y, en ambos casos, la salud reproductiva es una de las áreas de especial énfasis. Esta es una tendencia positiva que busca revertir la difícil situación actual de la vida reproductiva de las mujeres en ese país, que tiene la segunda tasa más alta de mortalidad materna en Sudamérica. El gobierno peruano ha declarado el presente decenio como el de la planificación familiar y ha formulado objetivos importantes en el tema de la salud reproductiva de las mujeres para el quinquenio 1995-2000.

Infraestructura de los servicios de salud

En los nueve países, la infraestructura de establecimientos de salud pertenece principalmente al sector público, los mismos que son administrados, en última instancia, por los ministerios o secretarías de salud. En países como Argentina y Brasil, en los cuales los establecimientos privados pertenecientes al sistema de seguridad social u otros se vinculan a los del sistema de salud pública en la estrategia gubernamental, la infraestructura del sector público sigue siendo más importante que la privada. Por ejemplo, en Brasil hay un total de 6.378 hospitales, de los cuales 2.877 son privados.

En la mayoría de países de administración centralizada de

salud, existen diversos niveles de sofisticación entre los hospitales o establecimientos médicos y los centros o puestos de salud de las áreas rurales. Estos últimos, solo prestan servicios de atención básica o primaria. En Bolivia y Guatemala, como en otros países, el número de estos establecimientos es bastante más alto que el número de hospitales. En Bolivia, de 1.651 establecimientos de públicos de salud, 1.373 son puestos de salud, y, en Guatemala, éstos constituyen el 68% del total de la infraestructura de salud pública. Aunque la información recolectada para este trabajo se concentra en los servicios públicos, se ha notado la presencia importante de la infraestructura de servicios de salud que proveen las organizaciones no gubernamentales en algunos países. En Bolivia, por ejemplo, además de la infraestructura pública, existen alrededor de 500 organizaciones no gubernamentales brindando servicios de salud, principalmente en las áreas rurales.

Los recursos humanos disponibles para la atención de la salud en los nueve países varían considerablemente de uno a otro, pero aún más dentro del mismo país. Generalmente, hay una carencia de proveedores de salud en las áreas rurales. Perú es una muestra de la marcada diferencia entre la disponibilidad de médicos para las áreas rurales y las urbanas. En 1992, había un médico por cada 12.000 habitantes en las provincias más distantes, mientras que tal promedio era de un médico por cada 800 habitantes en Lima, la capital. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda una proporción de un médico por cada 910 habitantes. En Argentina, hay un médico por cada 376 habitantes, y, en Brasil, uno por cada 486 habitantes. Estos países son los que muestran el nivel más cercano a lo óptimo en la cobertura de recursos humanos entre los nueve. Bolivia y Jamaica tienen los niveles globales de cobertura más deficiente, con promedios de un médico por cada 2.941 y 1.700 habitantes, respectivamente. Estimaciones globales muestran que en Colombia el 97% de la población tuvo acceso a la atención primaria de su salud, en 1996, pero de baja calidad y concentrado en las áreas urbanas. Por su parte, el gobierno de Guatemala reconoce que el 64% de las muertes se producen, entre otras causas, por la baja cobertura de los servicios de salud.

Financiamiento de los servicios de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a los gobiernos que el gasto mínimo en salud debe constituir el 10% del presupuesto nacional. La tendencia en la mayoría de países que proveen directamente los recursos financieros para la atención de la salud ha sido a una mayor inversión en salud, sin embargo, no existe información accesible sobre la forma en que tal gasto se distribuye, lo cual sería muy útil para determinar las prioridades del gasto en cada caso. Por ejemplo, en Guatemala se ha evaluado que,

en 1996, el 2.2% del Producto Interno Bruto (PIB) se gastó en salud, pero se invirtió principalmente en la construcción de infraestructura hospitalaria más que en acciones de salud. En cuanto al gasto en salud realizado por los gobiernos en 1996, El Salvador gastó el 7.3% de su presupuesto nacional en salud, en ese mismo año Colombia gastó el 2.41% del PIB y México, el 2% del Producto Bruto Nacional. Desde 1994 a la fecha, el Perú aumentó el gasto en salud en más del cien por ciento.

Aunque el referente determinado por la OMS es importante para determinar la prioridad del gasto en salud dentro del presupuesto gubernamental, éste debe ser considerado relativamente en función de la estructura del sistema de salud de cada país. Por ejemplo, Argentina tiene uno de los niveles de cobertura de servicios de salud más cercanos a lo óptimo entre los nueve países, sin embargo, el gobierno nacional solo gasta el 3% de su presupuesto en salud, debido a que la responsabilidad de la atención de la salud y los gastos que ésta genera son mayoritariamente asumidos por los agentes privados y otros niveles intermedios de provisión de la salud (seguros de trabajadores).

Los nueve países tienen leyes que establecen la gratuidad de todos o determinados servicios de salud. Sin embargo, ninguno de ellos establece claramente el costo de los servicios no comprendidos en la gratuidad y en la mayoría de los países se plantean definiciones vagas de la población exonerada de dichos pagos, tales como 'de bajos ingresos', 'sin recursos', entre otras. Además, en países como el Perú y Bolivia, se ha introducido el cobro de tarifas, no a través de las leyes sino de medidas administrativas o directamente en la práctica. En el Perú, en 1995, los recursos provenientes del cobro de tarifas en los hospitales públicos alcanzaban en ocasiones el 65% de los recursos del hospital. En México, las tarifas cubren hasta el 10% de los costos.

En cuanto a los seguros de salud de los trabajadores, en la mayoría de países los gobiernos siguen aportando para su financiamiento, aunque con tendencia a disminuir el monto de las aportaciones. En Argentina, el 80% del presupuesto de la seguridad social proviene de los recursos de contribuyentes, pero el gobierno mantiene un fondo especial para población sin seguro ni recursos. En Colombia, el Sistema de Seguridad Social Integral establece subsidios para la población no contribuyente. En El Salvador, el Instituto de Seguridad Social en Salud presta servicios a los trabajadores asegurados y atención gratuita a la población que carezca de recursos, financiada por el Estado. En México, el 70% de la cotización del seguro de trabajo la pone el empleador, el 25% el empleado y el 5% el gobierno.

Normatividad sobre los profesionales en salud

En los nueve países existen leyes que regulan los requisitos para obtener el título profesional que faculta para la práctica de las profesiones en salud, y que norman también las actividades de los profesionales en esa materia. Aunque en todos los países el desarrollo normativo de las profesiones en salud se concentra en la profesión médica, Bolivia, Jamaica y Perú tienen leyes que comprenden también a otros profesionales. En Bolivia, el Código de Salud establece el registro obligatorio ante la autoridad de salud de médicos, odontólogos, enfermeros, nutricionistas y otros que ejercen actividades de salud, una vez cumplidos los requisitos legales. En Jamaica, hay tres leyes parlamentarias aplicables: la ley médica, la de comadronas y enfermeras y la de farmacia. Los colegios correspondientes establecen sus organismos judiciales. En el Perú, la Ley General de Salud contiene un capítulo dedicado a la regulación de la profesión médica, odontológica, farmacéutica y otras afines, así como también de los técnicos y auxiliares que trabajan en salud.

De los nueve países, Bolivia, El Salvador, México y Perú tienen además leyes de salud que organizan ese sector y establecen mecanismos oficiales de control, tanto de los establecimientos de salud como de los profesionales que laboran en ellos. Estas leyes establecen principios y obligaciones que los profesionales de salud, principalmente los médicos, están obligados a cumplir. Entre tales obligaciones se encuentra la reserva de la confidencialidad, así como la determinación de las responsabilidades civil y penal por actos de impericia, negligencia e imprudencia, o por la comisión de delitos.

En todos los países, con excepción de Jamaica, los profesionales médicos colegiados se rigen también por un Código de Ética Médica o Deontológico, cuyo cumplimiento es vigilado por un organismo o tribunal gremial. Estos códigos establecen obligaciones éticas de los profesionales de la salud, entre las que destacan el respeto a la vida y la dignidad de los pacientes, la atención de la salud sin discriminación alguna y la reserva del secreto médico. Algunos de estos códigos, como el de Brasil y Guatemala, se refieren a la relación médico paciente en materia de salud reproductiva. El Código de Ética Médica de Brasil establece la obligación del médico de respetar el derecho de la paciente a decidir libremente sobre el método anticonceptivo o de fertilidad de su preferencia, así como también el de recibir información sobre las consecuencias y riesgos de los mismos. Prohíbe también la inseminación artificial sin consentimiento de la paciente. En Guatemala, el Código Deontológico ordena que los médicos se abstengan de practicar el examen del aparato genital femenino a menores de edad sin la presencia de sus padres, tutores o responsables legales, excepto por emergencia obstétrica u orden del juez. Los tribunales gremiales pueden imponer sanciones en la forma de

advertencia, multas, suspensión y expulsión del profesional del colegio respectivo.

Pese a que los códigos de ética establecen reglas importantes de la relación médico paciente, éstos no tienen fuerza de ley, salvo cuando, por excepción, alguna ley se lo otorgue expresamente, como el caso de Perú, en el que la Ley General de Salud establece que las sanciones aplicables a los proveedores de salud que ella prevé no excluyen lo previsto en los respectivos códigos de ética a que están sujetos los profesionales de salud. Un ejemplo de lo que sucede cuando una ley o política gubernamental entra en conflicto con los códigos de ética es el de Guatemala, donde el Código Deontológico prohíbe a los médicos practicar la esterilización, sin embargo, éste es el método más usado entre las mujeres que viven en unión y uno de los de mayor aplicación por los proveedores públicos de salud.

Con excepción de Jamaica, todos los códigos penales sancionan una gama de delitos que involucran la participación de profesionales de salud, siendo los más comunes: las lesiones u homicidios por negligencia, imprudencia o impericia; la práctica del aborto, ya que es ilegal en todos los países estudiados; la violación del secreto profesional, los delitos contra la salud pública, el tráfico ilícito de sustancias tóxicas o el expendio irregular de medicinas, entre otros.

Aunque la práctica de la medicina alternativa o tradicional es muy común en los países de la región, las normas sobre quiénes la administran es casi inexistente. En Bolivia, los curanderos tradicionales atienden cada uno alrededor de 500 personas al año, pero no tienen regulación legal. En el Perú, el 25% de la población se cura únicamente con yerbas y medicina tradicional, sin embargo, la Ley General de Salud no se refiere a ellos. En este país, en cambio, sí existe un manual que establece las pautas de capacitación de las parteras empíricas o 'comadronas'.

Derechos de los pacientes

En los nueve países, los derechos de los pacientes no han sido objeto de leyes específicas ni de regulación eficiente. En aquellos casos en que la ley les otorga derechos, casi no existen procedimientos para demandar su cumplimiento. En casi todos los países, los derechos de los usuarios de los servicios de salud son correlativos a las obligaciones de los profesionales, descritas en la sección anterior, y están contenidos generalmente en las leyes de salud y los códigos de ética. De este modo, son los derechos más comunes en los nueve países: el ser atendidos en caso de urgencia, el del respeto a su voluntad, el del consentimiento informado en la aplicación de tratamientos o de cirugía, y el de recibir un trato digno y sin discriminación.

Jamaica es el único entre los nueve países cuya Ley Médica faculta al respectivo colegio profesional a revocar la licencia de

cualquier médico que incumpla los mandatos contenidos en dicha ley. También puede imponer otro tipo de medidas disciplinarias, que son apelables ante un organismo judicial. Éste es el único caso, entre los países estudiados, en que una ley faculta a un organismo no judicial a aplicar sanciones que tienen tal carácter. En los demás países, los tribunales de honor de los colegios profesionales prevén medidas disciplinarias y hasta la expulsión del colegio, sin embargo, en ningún caso están facultados para establecer reparaciones para las víctimas.

Actualmente, con excepción de Jamaica, los mecanismos más eficientes con que cuentan los pacientes, en los ocho países restantes, son los que ofrecen la vía penal y civil, cuando se dan los delitos profesionales descritos en la sección anterior. En Jamaica, no hay disposiciones legales concernientes al daño o negligencia médica, pero son de aplicación las reglas del derecho común que regulan la suspensión del ejercicio profesional y la responsabilidad civil. En el Perú, los establecimientos de salud son solidariamente responsables de los delitos cometidos por los médicos.

B. POBLACIÓN, SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

La revisión de las leyes y políticas de población de los nueve países muestra que las políticas de población allí existentes buscan principalmente el desarrollo equilibrado de la población, y una distribución territorial de la misma acorde con el uso racional de los recursos disponibles en los países. La tendencia en la región es al abandono del énfasis en el control de la tasa de crecimiento, en las políticas de población, en favor de la armonización del crecimiento con la distribución de recursos, el crecimiento de la economía y el medio ambiente, en un enfoque de desarrollo sostenible. La Declaración de Principios sobre Población y Desarrollo Sostenible de Bolivia describe bien esta tendencia mayoritaria, al indicar que las políticas de población no deben ser entendidas como instrumentos de control demográfico. Sin embargo, en cuatro de los países aún se establece la limitación del crecimiento poblacional como objetivo de su política de población. En 1996, la Ley de Planificación Familiar de Brasil estableció que la planificación familiar no se puede imponer como instrumento de control demográfico.

Legislación y políticas de población

No todos los países estudiados tienen leyes o políticas específicas de población. Por ejemplo, Brasil regula algunas materias de población en planes más generales de desarrollo social o políticas sociales, como empleo y educación. Como se indicó anteriormente, algunos países enfatizan más que otros el tema de la disminución de la tasa de crecimiento poblacional en sus leyes o políticas en materia de población. Tal es el caso

de El Salvador, Jamaica, México y Perú. En El Salvador, país con una tasa de crecimiento de 2.5%, una de las más altas de América Latina, el gobierno ha declarado que existe un problema de superpoblación, y ha formulado como estrategias para combatirla, la educación a la mujer, la incorporación de la mujer a las posibilidades de desarrollo y la planificación familiar. En Jamaica, se busca limitar el crecimiento a 0.8% anual, en el transcurso de las próximas tres décadas; la tasa de crecimiento en la actualidad es de 0.9%. En México, el Consejo Nacional de Planeamiento, ente encargado de establecer la política demográfica del país, tiene como meta alcanzar una tasa de crecimiento de 1.75%, para el año 2000, y de 1.45%, para el año 2005, respecto a la tasa de crecimiento vigente de 2.05%. En el Perú, la política nacional de población busca disminuir la actual tasa de crecimiento anual de 1.8%, señalando que tal reducción se hará sin coacción, manipulación ni condicionamiento a las personas para optar por la planificación familiar. En ese país, el programa de planificación familiar tiene como uno de sus objetivos alcanzar una TGF de 2.5 frente a la actual tasa de 3.5%. Argentina es una excepción en la región porque tiene una tradición de políticas pronatalistas. En Guatemala, el control de población no es específicamente una política y es mencionada apenas tangencialmente en el programa nacional de gobierno.

Legislación y políticas en salud reproductiva y planificación familiar

Los nueve países estudiados establecen, en sus legislaciones y políticas, el derecho de las personas a la planificación familiar, respetando la libre decisión sobre el número y lapso entre los hijos. Asimismo, las legislaciones y políticas recientes en Bolivia, Brasil y Perú, reconocen la salud reproductiva y la planificación familiar como derechos humanos fundamentales. La ley brasileña en materia de planificación familiar señala que el ejercicio de ésta garantiza a hombres y mujeres la igualdad de derechos en cuanto a la constitución, limitación o aumento de su descendencia. Sin embargo, el reconocimiento y protección de estos derechos en las leyes y políticas formales contrasta con la situación de la salud reproductiva de las mujeres descrita en varios de los documentos de políticas de los países analizados. En esos documentos, se reconoce la situación de subordinación, marginalización y desigualdad de las mujeres y la forma en que estos problemas influye en su vida reproductiva, en la determinación del lapso entre sus hijos y en el acceso a servicios de salud. Tal situación, sin embargo, pocas veces es enfrentada por las leyes y las políticas en materia de salud reproductiva y planificación familiar. Únicamente en Colombia y Perú, el empoderamiento de las mujeres, o el mejoramiento de su situación social, es un objetivo de dichas

políticas. En Colombia, el Programa Salud Integral para las Mujeres busca principalmente integrar de manera equitativa a las mujeres pobres al régimen subsidiado de salud y fomentar la cobertura familiar de la seguridad social para beneficiar a las esposas, compañeras permanentes e hijos de los afiliados, en la atención de su salud. En el Perú, el PSRPF incorpora en su contenido el lenguaje y la orientación de la equidad de género y considera la situación social y económica como factores condicionantes de la salud reproductiva de las mujeres, proponiendo corregir esa situación a través de la creación de subprogramas que erradiquen, entre otros, la violencia contra las niñas y las mujeres.

Existen dos tendencias regionales en el desarrollo de las políticas sobre salud reproductiva y planificación familiar. Una tendencia reciente en todos los países, con excepción de Jamaica, se orienta a formular políticas en las que se integran los servicios de salud reproductiva y planificación familiar. Por ejemplo, en Bolivia, el gobierno ha declarado que la planificación familiar es un componente de la salud reproductiva, mientras que el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (PSRPF) vigente en el Perú, indica que es una "acción prioritaria de la salud reproductiva". Una segunda tendencia es a proponer políticas y programas ya sea sobre salud reproductiva o planificación familiar, que no están integradas a las políticas generales de salud dirigidas a las mujeres. En Bolivia, México y Perú, existen políticas o estrategias específicas en materia de salud reproductiva y planificación familiar. En Brasil y Colombia, tales servicios se dan dentro de programas integrales destinados a la salud de la mujer en general, o de planes aún más generales como el Plan Nacional de la Mujer, en El Salvador. En Jamaica, no existe ni legislación ni política alguna en materia de salud reproductiva, sino únicamente en planificación familiar. Solo en Bolivia existe un programa en cuya nomenclatura se toma en cuenta la salud sexual: la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva. Esta instancia se encarga en ese país de la implementación y prestación de los servicios de planificación familiar.

Los objetivos centrales de los programas de salud reproductiva en ocho países, con excepción de Jamaica, pueden consolidarse en los que a continuación se detallan: proveer cuidado a la salud reproductiva de las mujeres en todas las etapas del ciclo de vida, disminuir el número de embarazos no deseados y abortos, detectar y tratar el cáncer cervical y de mamas, mejorar la atención pre y post natal, así como también aumentar el índice de nacimientos atendidos por profesionales, reducir el riesgo reproductivo en los adolescentes y prevenir el VIH/SIDA y las ETS. En Argentina, aunque no existen programas nacionales de planificación familiar, sí existen

programas de información y capacitación sobre la salud reproductiva de las madres, con énfasis en la salud maternoinfantil. Una de sus principales estrategias es la capacitación de mujeres como agentes de prevención de salud. A la fecha, en todo el país, se ha capacitado a 60 mil mujeres. El Perú es el país que ha adoptado mayor cantidad de normas y ha formulado políticas cuyo contenido es integral y comprensivo de las diversas esferas que afectan la vida reproductiva de las mujeres. Estas leyes y políticas han sido implementadas principalmente a partir de 1995. Con ellas, ese país debe enfrentar la segunda tasa de mortalidad materna en América Latina, después de Bolivia.

En todos los países, con excepción de Argentina, las instancias gubernamentales en el ámbito nacional son las encargadas de promover y ejecutar las políticas de planificación familiar y salud reproductiva, aunque en Brasil se establece que las acciones de planificación pueden estar a cargo de organizaciones públicas y privadas. En Argentina, aunque el gobierno democrático ha restablecido el derecho de las personas a la planificación familiar y la responsabilidad del Estado de brindar información sobre el tema, aún no se considera la responsabilidad estatal en la provisión de servicios de anticoncepción y, actualmente, no existe una política gubernamental ni desarrollo de actividades de planificación familiar promovidas por el gobierno federal.

Servicios de planificación familiar provistos por el Estado

En la gran mayoría de países, con excepción de Argentina, las leyes y las políticas disponen que los gobiernos deben jugar un rol central en la prestación de servicios de planificación familiar, a través de acciones de información, provisión de servicios anticonceptivos y distribución de métodos anticonceptivos. En Argentina, si bien el gobierno dispuso, en 1986, que los servicios de salud pública tienen la obligación de realizar tareas de difusión y asesoramiento a la población sobre el derecho a decidir el número de hijos que desean tener, tal disposición no incluye la prestación de servicios de planificación familiar ni provisión de anticonceptivos. De este modo, si bien no existen obstáculos legales ni políticos, la ausencia de éstos dificulta el derecho de las personas a planificar el número de hijos que desean tener. En ese país, el sector privado se ha convertido en el principal proveedor de servicios de anticoncepción, pero no gratuitamente. Los hospitales del sector público argentino que adquieren píldoras y DIU pagados por el Estado, deben hacerlo bajo rubros contables distintos, porque no existen disposiciones explícitas que autoricen a dichos hospitales a adquirir ni distribuir anticonceptivos.

El sector privado y las organizaciones no gubernamentales

tienen un rol importante en la provisión de métodos anticonceptivos en los países descritos. En algunos de ellos, su cobertura de distribución supera a la que brinda el Estado. Esto sucede en Colombia, donde, en 1993, el Estado solo cubría el 20% de la población usuaria de métodos anticonceptivos. Aunque actualmente esta situación persiste, el gobierno colombiano considera a la planificación familiar como un componente del plan de atención primaria del Sistema de Seguridad Social, lo cual significa que existe una intención política de que cada centro de salud y cada hospital provea servicios de planificación para personas de bajos recursos.

En Jamaica, los servicios de planificación familiar están disponibles a través de los servicios públicos de salud, pero no son gratuitos. La tarifa es de un 5% del valor de los anticonceptivos y los servicios en el mercado. La Junta de Planificación Familiar, órgano ejecutor de las políticas en ese ámbito, garantiza el acceso a servicios de planificación familiar en ese país. Sin embargo, en los últimos años ha habido un descenso en el número de mujeres embarazadas atendidas por el servicio público de salud y el número de personas que usan anticonceptivos provenientes de los servicios públicos. En México y Perú, los gobiernos han garantizado el acceso a los servicios de planificación familiar y a los anticonceptivos, gratuitamente, a través de sus establecimientos dependientes.

Respecto a los tipos de servicios de anticoncepción comprendidos en los programas gubernamentales, la gran mayoría de éstos realiza actividades de difusión, aplicación o prescripción de los métodos y provisión de anticonceptivos. México es uno de los ejemplos más destacables en cuanto a cobertura y gama de servicios de anticoncepción ofrecidos por órganos del sector público. Éstos ofrecen información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos gratuitamente; en 1995, el 72% de las usuarias de anticonceptivos acudía a estos servicios para obtenerlos. En Perú se suministra gratuitamente toda la gama de anticonceptivos, y en 1996 se estableció la gratuidad de los servicios y suministros para la planificación familiar. En ese país, entre el Ministerio de Salud y el Instituto Peruano de Seguridad Social, cubren el 70% de las usuarias. En El Salvador, los servicios de planificación se brindan a través del Ministerio de Salud Pública y Acción Social y del Instituto Salvadoreño de Seguridad Social, en su mayoría; parte importante de tales servicios es también ofrecida por una entidad privada llamada Asociación Demográfica Salvadoreña. Estas tres instituciones cubren el 78.7% de las usuarias en ese país. Para Bolivia, Brasil y Guatemala no hay información suficiente sobre el porcentaje de mujeres que utiliza los servicios de planificación familiar provistos por el Estado. En Bolivia, aunque la planificación familiar se reconoce como un componente de la salud

reproductiva y un derecho humano fundamental, el agente nacional de salud no brinda servicios de planificación familiar gratuitos. En Brasil, el Sistema Único de Salud, en todos sus niveles y red de establecimientos de salud, es el responsable de proporcionar servicios de planificación familiar a toda la población. En Guatemala, la Unidad de Salud Reproductiva del sector salud es la oficina encargada de capacitar en materia de planificación familiar y facilitar insumos anticonceptivos.

C. ANTICONCEPCIÓN

Prevalencia de métodos anticonceptivos

La prevalencia del uso de métodos anticonceptivos varía, en los nueve países, entre promedios de uso de 32% de las mujeres viviendo en unión (Guatemala) y 76.6% para ese mismo grupo de mujeres, en Brasil. Después de Guatemala, Bolivia y El Salvador son los países con menor prevalencia de uso de anticonceptivos, con solo el 45% y el 53.3% de las mujeres en pareja usando tales métodos, respectivamente. Los otros cinco países tienen promedios de uso por encima del 60% de las mujeres viviendo en uniones: Colombia, 72%, Argentina, 68.9%, Jamaica, 67%, México, 66.5%, y Perú, 64%.

En cinco de los nueve países, la esterilización quirúrgica es el método más usado entre las mujeres, con tasas bastante más altas que el segundo método preferido, en cada caso. En México, el 43.3% de las mujeres que usa algún método moderno obtuvo una esterilización; en Brasil, ese porcentaje es de 40%; en El Salvador, es de 31.5%, mientras que en Guatemala es de 14.3%. Aunque no se han encontrado cifras oficiales en Colombia, se ha evaluado que la esterilización es también el método moderno más usado en ese país.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que, en algunos de los países, el uso de métodos tradicionales, como el de la abstinencia periódica, son marcadamente más usados por las mujeres que los métodos modernos. En Bolivia, el 18.3% del total de mujeres usa métodos tradicionales, en comparación al 11.9% que usa los modernos. En el Perú, ese fenómeno se está revirtiendo en los últimos años.

Situación legal de la anticoncepción

En todos los países, la anticoncepción es legal y los gobiernos la garantizan como un medio para el ejercicio del derecho a la planificación familiar. Argentina es el único país entre los nueve en el que la esterilización como método de planificación familiar es ilegal y está penada en su legislación. A pesar de que el aborto es ilegal en todos los países, varios reafirman además su prohibición como método de planificación familiar.

En los nueve países se regulan los métodos modernos de

anticoncepción. Perú es el único donde además se regula la anticoncepción de emergencia o poscoital, en su Manual de Salud Reproductiva, el cual lo prevé para casos de acceso carnal no consentido –como la violación– o por falla de los anticonceptivos de barrera, antes de las 72 horas de transcurrido este hecho. En materia de legislación sobre anticoncepción, este

es el país más progresista. En todos los países hay instituciones oficiales encargadas del control de calidad y registros de los productos anticonceptivos.

Regulación de la información sobre anticoncepción

En cuanto a la regulación de la información sobre anticoncepción, ésta se diferencia bastante de un país a otro, aunque en ninguno de ellos tal información está prohibida. En Argentina, Brasil, Jamaica, El Salvador y Bolivia no hay norma expresa que regule la información sobre anticoncepción. Sin embargo, en estos países, existe un compromiso gubernamental de divulgación masiva de información sobre los métodos de planificación familiar. En Colombia y México sí hay regulación específica y solo se permite la publicidad masiva para los medicamentos de venta libre, es decir, aquellos que no requieren prescripción médica. En el Perú, la información sobre anticoncepción y los métodos modernos y tradicionales disponibles es un derecho de todas las personas usuarias y una obligación de los proveedores de salud, según la reciente Ley General de Salud de ese país.

Esterilización

Es un método anticonceptivo legal y de uso común en ocho de estos países, con excepción de Argentina. En cuatro de estos países, Brasil, Colombia, México y Perú, la esterilización como método anticonceptivo es objeto de regulación legal y requiere del consentimiento consciente, voluntario e informado de la paciente. Aunque en Jamaica no está normada, en la práctica se realiza cuando la mujer tiene más de dos hijos.

Aunque Brasil es actualmente el segundo país en prevalencia de uso de esterilización entre los nueve, hasta agosto de 1997 los artículos de la Ley de Planificación referidos a la esterilización fueron objeto de veto presidencial, suscitándose un debate sobre la situación legal de la esterilización en ese país. La Ley de Planificación Familiar, promulgada en 1996, contenía algunas disposiciones que protegían los derechos de los pacientes para obtener una esterilización, con medidas como el registro de la manifestación de la voluntad, el requisito de haber tenido dos hijos y superar los 25 años de edad, que haya transcurrido 60 días o más entre la manifestación de la voluntad y el acto quirúrgico, entre otras. El veto presidencial fue revocado en agosto del año en curso, principalmente por acción del

movimiento feminista de ese país. En El Salvador, la esterilización es el método más usado, sin embargo, no hay normatividad al respecto.

D. ABORTO

El aborto es una de las causas principales de mortalidad materna en varios de los países que se estudian, aunque tal hecho no aparece claramente en las estadísticas oficiales de cada país. Solo en ocho de los países aquí analizados se realiza más del 80% de todos los abortos inducidos en América Latina y el Caribe. Entre estos, Brasil y México tienen el índice más alto de abortos clandestinos (entre 800 mil y dos millones al año). Sin embargo, el aborto es ilegal en todos los países considerados en este informe y la tendencia actual de las leyes en algunos de ellos es hacia una mayor rigidez en la regulación y penalización del aborto. Aunque los programas de salud reproductiva y planificación familiar tienen como objetivo reducir el aborto clandestino y comprometen a los gobiernos a proveer servicios para las mujeres que sufren complicaciones por aborto, los mismos países tienen leyes duras y restrictivas contra los proveedores de salud y las pacientes, estableciéndose una dinámica contradictoria entre las políticas y las leyes en esta materia.

Situación jurídica del aborto

En los nueve países estudiados, el aborto es un delito sancionado por la ley penal, y en varios de ellos los abortos mal realizados y en condiciones inadecuadas se han convertido en un problema de salud pública. En Bolivia, el aborto es uno de los principales problemas de salud pública, tanto porque contribuye a su alta tasa de mortalidad materna como a la elevación de los costos hospitalarios en los establecimientos públicos que deben atender a las mujeres que llegan a ellos por abortos mal realizados. En Guatemala, el aborto también es uno de los principales y más graves problemas de salud de las mujeres. En Colombia y Perú, el aborto es la segunda causa de mortalidad materna. En este último país, las pacientes por complicaciones de aborto constituyen el 30% de las camas ginecológicas ocupadas, mientras que en Jamaica, el 20% de las camas ginecológicas están ocupadas por mujeres que obtuvieron abortos en malas condiciones.

Requisitos para el aborto no penalizado

En los nueve países, el aborto es ilegal. Sin embargo, siete de ellos, con excepción de Colombia y El Salvador, se establecen situaciones o circunstancias excepcionales bajo las cuales una mujer puede recurrir al aborto, sin que exista delito –en cuyo caso se denomina exculpación– o sin que exista pena –que se conoce como impunidad. Esto significa que, dependiendo de la legislación, el juez puede determinar que no hay lugar a ejercer una acción penal contra la mujer que incurre en aborto,

o los involucrados, o que habiéndola, no hay lugar a una pena. En ambos casos, el efecto práctico es que las personas involucradas en un aborto bajo circunstancias excepcionales, no son sujetos a ninguna pena.

En Argentina, Bolivia, Brasil, Guatemala, Jamaica, México y Perú no es castigado el aborto que se realiza para salvar la vida de la madre, o terapéutico. En Argentina y Perú, además, se da para evitar daño grave a la salud de la madre, y en Jamaica, para evitar daño grave a su salud física o síquica. En Bolivia, Brasil, México y Jamaica, el aborto no se castiga cuando el embarazo es producto de una violación sexual, y en Argentina, cuando es producto de violación o acto contra el pudor en una mujer idiota o demente. En todos los casos, se exige como requisito que el aborto sea realizado por un médico y que exista prueba fehaciente de que la circunstancia excepcional existe. En Bolivia, la autorización para obtener un aborto en caso de violación se solicita al juez, ante el cual se haya interpuesto la denuncia por ese delito.

En Brasil, el Poder Judicial está ampliando las circunstancias excepcionales para el aborto no penalizado, al otorgar autorizaciones judiciales para la práctica del aborto en los casos en que existan anomalías fetales graves e irreversibles, lo cual no está previsto por la ley penal de ese país. En nueve estados mexicanos tampoco se castiga el aborto en tal circunstancia. Únicamente en un estado mexicano –Yucatán– se permite el aborto por causas económicas graves y justificadas y cuando la mujer ya tiene tres hijos.

Penalidad por aborto ilegal

Las penas por aborto, en los nueve países, son marcadamente diversas, dependiendo tanto del criterio de los legisladores como de las circunstancias agravantes y atenuantes previstas en las leyes de cada país. Las penas varían también según el grado de participación en el aborto y dependiendo de si quien lo practica es un profesional o una persona empírica.

Jamaica es el único país en el que la pena por aborto es la cadena perpetua. En general, las penas son iguales para la mujer que se hace practicar un aborto como para la persona que se lo practica, excepto en los casos en que se realiza un aborto sin la autorización de la mujer embarazada, para lo cual las penas oscilan entre dos a diez años, con agravantes en casos de lesión o muerte sobreviniente al aborto. En el Perú, el que practica un aborto tiene una pena mayor que la mujer que consiente su práctica. En ese país existen también normas específicas, contenidas en la reciente Ley General de Salud, que establecen la obligación de los proveedores de salud de denunciar a las mujeres que acuden a pedir ayuda por las secuelas de un aborto mal realizado.

Algunos códigos establecen causales de atenuación de la

pena para el delito de aborto, concordantes con circunstancias excepcionales de otras legislaciones. Por ejemplo, en Colombia y Perú, es atenuante de la pena que el embarazo haya sido producto de una violación; en Colombia, también lo es que exista peligro para la vida o salud de la madre. En Bolivia y México, es una circunstancia atenuante de la pena la buena conducta de la mujer embarazada.

E. VIH/SIDA Y ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ETS)

Legislación sobre el VIH/SIDA y las ETS

En todos los países estudiados, con excepción de El Salvador y Jamaica, existen leyes sobre el VIH/SIDA y las ETS. En algunos países, las leyes buscan proteger los derechos de las personas con VIH/SIDA. En otros, éstas imponen obligaciones sobre los proveedores de salud sobre las precauciones necesarias para prevenir la transmisión de la enfermedad a través de las transfusiones sanguíneas y otros medios.

Entre los derechos de los pacientes de SIDA o portadores del VIH, considerados en la mayoría de legislaciones, está el carácter confidencial de los resultados de los exámenes serológicos; el derecho a no ser discriminados por su condición de enfermos o portadores, tanto en los servicios médicos como en el empleo u otros espacios de su vida social; el amparo contra la divulgación indebida de los resultados; el derecho al respeto de su dignidad humana y a recibir atención médica. En Bolivia, no se puede negar el acceso a las personas a su local de trabajo por estar enfermo con SIDA o ser portador del VIH. Además, al igual que en Colombia, el enfermo tiene derecho a no comunicar a su empleador su enfermedad o su situación de portador. En el Perú, se establece que es nulo el despido de un trabajador por ser portador del VIH o estar enfermo de SIDA. En Bolivia, Colombia y Guatemala se prohíben las pruebas obligatorias para la detección de estas enfermedades. En Bolivia, Brasil, Guatemala y Perú existe la obligación, por parte de la entidad o de las personas que practican los exámenes de detección del VIH/SIDA, de comunicar a las autoridades los resultados positivos, informe que se debe hacer con carácter confidencial.

En dos países, El Salvador y Jamaica, no hay leyes específicas que regulen la protección de los derechos de las personas con VIH/SIDA. En El Salvador, las normas contenidas en su Código de Salud son muy restrictivas. A lado de las ETS, el SIDA está considerado como una enfermedad de declaración obligatoria por los proveedores de salud. Dicho Código establece también que el enfermo de SIDA puede estar sometido a aislamiento, observación y vigilancia por el tiempo y en la forma que decidan las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Acción Social; además, éste ordena la

desinfección de locales u objetos con los que hubiera estado en contacto el enfermo. En Jamaica, no hay leyes que regulen la materia ni prohibición expresa contra la discriminación a las víctimas del VIH/SIDA. También es importante notar que en siete de los nueve países, las leyes consideran que quienes incurrir en sabiendas en la propagación del VIH/SIDA cometen un delito penal. Este es el caso de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Guatemala, México y Perú.

Entre las leyes de protección a los derechos de los pacientes de VIH/SIDA, la nulidad del despido en el empleo por razón de su enfermedad –establecido por la legislación peruana– es el mecanismo más importante desarrollado entre los países analizados para proteger a los enfermos de la discriminación en el empleo.

El desarrollo normativo de las ETS es muy deficiente en todos los países. En la legislación de Argentina, Bolivia, Colombia, Guatemala, México y Perú, no se trata específicamente el tema de estas enfermedades, sino que las mencionan al lado del VIH/SIDA en las leyes dedicadas a ese tema. En Brasil, la legislación solo dice que es de interés público el erradicarlas. En El Salvador, se aplican a las ETS las mismas normas que se establecen para el VIH/SIDA. En Jamaica, no hay tampoco leyes específicas; la Ley de Salud Pública indica que el Ministerio de Salud debe hacer lo necesario para poner freno a la propagación de dichas enfermedades.

Políticas sobre prevención y tratamiento del VIH/SIDA y las ETS

Aunque en la mayoría de los países investigados hay organismos o instancias gubernamentales que se dedican a la prevención del SIDA, solo en Argentina, Bolivia, Brasil y México las políticas se dirigen también, al tratamiento de los enfermos. En todos los países, la administración y ejecución de las políticas está a cargo de los ministerios o secretarías de salud, directamente o a través de un organismo dependiente de éstos. Con excepción de México, los servicios de VIH/SIDA y ETS no son parte integrante de los de salud reproductiva y planificación familiar. El Salvador es el único país donde no hay una política específica de VIH/SIDA, aunque el Plan Nacional de la Mujer tiene también como objetivo revisar leyes y reglamentos para promover la prevención del VIH/SIDA.

En cuanto a los países cuyas políticas contemplan también el tratamiento a los enfermos, en Argentina el programa sobre el VIH/SIDA establece que los agentes de salud deben cubrir el tratamiento médico, psicológico y farmacéutico de la enfermedad. Sin embargo, el servicio es deficiente, en especial en la provisión de medicamentos. En Bolivia, el Programa de Prevención y Vigilancia de las ETS y el SIDA busca mejorar la

asistencia, información y educación y que, en cada zona exista un equipo de profesionales para asistir a los enfermos de SIDA. Brasil tiene uno de los índices de SIDA más altos del mundo. Sin embargo, la crisis presupuestal del Estado se manifestó en la deficiencia y lentitud de la acción gubernamental para prevenir y tratar el SIDA. La División de Enfermedades de Transmisión Sexual y VIH/SIDA del Ministerio de Salud, que desarrolla el Programa Nacional de ETS/SIDA, contempla dos estrategias: reforzar el diagnóstico y la asistencia a los enfermos, y transmitir información a través de campañas de información, educación y asesoramiento. Tales campañas se han realizado a través de centros de consulta en el ámbito federal y en las universidades y hospitales que realizan investigaciones sobre el VIH/SIDA, en el ámbito nacional. Estas instituciones son financiadas por el gobierno federal y/o entidades internacionales. Dentro de esta serie de acciones, ha tenido mucho éxito la distribución gratuita de preservativos.

Por su parte, México es el único que integra su programa de prevención y control del SIDA como un subprograma del Plan de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Su objetivo es disminuir la morbilidad y mortalidad originadas por el SIDA; ampliar el acceso a servicios de información, diagnóstico, prevención y control de la enfermedad, a través de programas de comunicación y acciones para prevenirla; su política busca ubicar la asistencia a los pacientes de VIH/SIDA en el primer nivel de atención de salud. Únicamente en México, el gobierno se ha trazado objetivos numéricos no solo para la erradicación del VIH/SIDA y las ETS, sino también para la cobertura de los servicios a los enfermos: la meta es brindar atención al 80% de las personas portadoras del VIH, disminuir en un 30% las ETS y en un 50% la infección de SIDA, de madre a hijo, durante el embarazo. Este modelo regional es más completo que el presentado por otros países.

En cuanto a los objetivos de las políticas con enfoque de prevención del VIH/SIDA, en Argentina, el Programa Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA desarrolla campañas de previsión e información en las escuelas. En Colombia, el Consejo Nacional de SIDA y el Comité Ejecutivo Nacional para la Prevención y Control de la Infección por VIH y SIDA promueven la sexualidad saludable, así como la prevención de estas enfermedades y el equipamiento de laboratorios para el diagnóstico de las mismas. En Guatemala, la Comisión Nacional para la Vigilancia y Conteo del SIDA realiza inspección epidemiológica, promoción de salud y consejería, control y seguimiento de la enfermedad, y distribuye folletos informativos. En Jamaica, el Programa Nacional de Control del VIH/SIDA y Plan a Medio Plazo 1997-2000 establecen que el Ministerio de Salud debe mejorar el acceso de la población a los preservativos; formular una política sanitaria en las

penitenciarias; instituir una política sobre el SIDA en el trabajo; y prestar servicios de asistencia de las ETS en el nivel de atención primaria de salud.

El estímulo a la participación de la sociedad civil para prevenir la propagación del VIH/SIDA –que se desarrolla en Brasil– es una de las iniciativas gubernamentales más relevantes entre los nueve países, en materia de políticas de prevención de esa enfermedad en la región.

III. Entendiendo el Ejercicio de los Derechos Reproductivos: Situación Jurídica de la Mujer

Un entendimiento pleno de la salud y los derechos reproductivos de las mujeres debe tener en cuenta su situación jurídica y social, porque la situación legal de las mismas tiene un impacto directo sobre las posibilidades que éstas tienen para ejercer sus derechos reproductivos. Todos los países, con excepción de Jamaica, contienen la declaración del principio de igualdad y no discriminación en sus constituciones nacionales. La Constitución de Jamaica, si bien enumera una serie de derechos que se protegen sin consideración de diversos factores –entre ellos el sexo de las personas– al definir los actos que son considerados discriminatorios, indica que lo es cualquier acción “que dé un tratamiento diferente a distintas personas, [...] por razón de raza, lugar de origen, opiniones políticas, color o religión”. De este modo, la discriminación por sexo o género no está protegida constitucionalmente.

Dos países –Argentina y Brasil– establecen también medidas de acción positiva para promover la participación política de las mujeres. Argentina ha incorporado a su Constitución el principio de acción positiva para lograr la igualdad real de las mujeres en la participación política, mientras que Brasil ha hecho lo propio a través de una ley nacional que establece que las listas de candidatos de todos los partidos políticos deben tener por lo menos 20% de mujeres en su composición. Otras provisiones constitucionales importantes para promover la situación jurídica y social de las mujeres están contempladas en algunos países. En Colombia, el principio de igualdad en materia de participación política está contenido en su Constitución, al igual que la responsabilidad del Estado de promover la participación en igualdad del ejercicio y control del poder político. En el Perú, existe un mandato constitucional que protege el derecho de las personas a no ser víctimas de violencia moral, psíquica o física.

Aunque los nueve países presentan avances en su legislación para promover los derechos de las mujeres, existen aún en las

leyes, normas civiles y penales obsoletas y discriminatorias contra las mujeres, lo cual muestra una ausencia de voluntad política de estos países para desarrollar, en sus ordenamientos jurídicos internos, los principios que contienen sus constituciones. Ejemplo de ello son los códigos civiles de Guatemala y Brasil y el de Familia de Bolivia. En éstos, se otorgan a los hombres derechos y facultades que discriminan contra las mujeres dentro del matrimonio. Además, todos los países sin excepción han firmado o ratificado dos instrumentos internacionales, esenciales para los derechos humanos de las mujeres: la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra las Mujeres (CEDAW) y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará).

Uno de los principales obstáculos que afecta la situación de las mujeres en los países estudiados es la enorme distancia que existe entre los derechos otorgados y el ejercicio de los mismos, debido a la ausencia de mecanismos eficientes, directos y simples que les permitan ejercerlos. Este problema se acrecienta para las mujeres en situaciones de vulnerabilidad, especialmente las de bajos ingresos, mujeres rurales e indígenas. Las mujeres rurales y nativas de estos países sufren discriminación en su vida comunal debido a que muchos usos y costumbres de esos pueblos operan en contra de sus intereses. No solo los puestos de liderazgo en esas comunidades están en manos de los hombres, sino que las mujeres adquieren menos tierras que aquéllos al momento del reparto de la herencia familiar. Esto dificulta su acceso al crédito y al mejoramiento de su situación económica en general.

La violencia contra las mujeres es un grave problema en la mayoría de los países reportados, pero es también uno de los más difíciles de evidenciar debido a la falta de documentación y estadísticas confiables en la mayoría de países. De la información disponible, se identifican como las principales manifestaciones de violencia contra las mujeres: la sexual, la doméstica y otras formas de violencia física y psicológica. En Bolivia, el 76.3 % de los actos de violencia contra las mujeres fueron actos de violencia física y el 12%, de violencia sexual; la mayoría de ellos se produjo dentro de los hogares. En el Perú, solo en Lima se denunciaron ante la delegación policíaca especial 6.244 casos de violencia contra mujeres, y las violaciones y otras agresiones sexuales ocupan el tercer lugar entre los delitos denunciados en el país. En Jamaica, solo en 1992, se denunciaron policialmente 1.108 casos de violación sexual. El acoso sexual sigue siendo un problema que los gobiernos no han atendido aún de manera eficiente. Ninguno de los nueve países tiene una ley específica en materia de acoso sexual que proteja a la mujer en todos los

espacios de su vida, incluido el doméstico. El analfabetismo de las mujeres en estos países oscila entre 4% (Argentina) y 50.3% (El Salvador). En siete de los países, las mujeres presentan tasas de analfabetismo más altas que los hombres y éste es siempre mayor entre las mujeres que viven en zonas rurales. En Guatemala, esa proporción es de 13% (urbana) a 49% (rural).

A. DERECHOS CIVILES DENTRO DEL MATRIMONIO

Entre los países estudiados, existe la tendencia hacia una reforma de la legislación para lograr la igualdad de derechos entre los cónyuges dentro del matrimonio. En algunos países, se conserva la influencia de un pasado reciente en el cual, en el matrimonio, la mujer era sometida a la tutela del marido, en oposición a las disposiciones de igualdad consagradas en las constituciones. Así sucede en Argentina, Bolivia, Brasil y Guatemala, donde la Constitución establece la igualdad entre las personas, pero, pese a ello, las leyes civiles que regulan el matrimonio, contienen normas discriminatorias contra la mujer y violatorias de sus derechos fundamentales. Incluso en los países en los cuales la ley no discrimina, la tendencia regional hacia la igualdad de derechos tiene que comprenderse dentro de un contexto regional de violencias y desigualdades de diversa índole. En el Perú, por ejemplo, el 60% de las mujeres son pobres y tiene escaso conocimiento de sus derechos. En éste y en la mayoría de los países estudiados, la violencia doméstica es un problema que tiene repercusiones serias en la salud integral y reproductiva de las mujeres

Matrimonio

Los nueve países estudiados tienen un régimen similar de regulación del matrimonio. Los códigos y otras leyes civiles consagran la igualdad de derechos y obligaciones entre los cónyuges, crean una sociedad común de bienes –salvo voluntad en contrario de los mismos– y establecen la patria potestad conjunta sobre los hijos. Las leyes de todos los países establecen una serie de obligaciones recíprocas entre los cónyuges, tales como: fidelidad, asistencia mutua, alimentos y convivencia en la misma casa. Todos los países legislan también que los bienes que se adquieran durante el matrimonio pertenecen a la sociedad conyugal, salvo regímenes alternativos comprendidos en las propias leyes civiles o cuando los cónyuges dispongan expresamente otro régimen de propiedad. Al disolverse la sociedad de bienes por muerte, divorcio o separación de bienes, a cada cónyuge o a sus herederos, de ser el caso, corresponde la mitad de los bienes habidos en común. En Jamaica, pese a que existen tres regímenes legales: la ley de matrimonio, la ley de matrimonio hindú y la ley de matrimonio musulmana, los tres establecen los mismos derechos y obligaciones.

Solo las leyes civiles nacionales de Colombia, El Salvador,

Jamaica y Perú no discriminan ni favorecen formalmente a ninguno de los cónyuges. En México, el matrimonio no es materia de regulación federal, sino que corresponde a cada estado regularlo. En la capital mexicana, el Distrito Federal, el código civil es también concordante con el principio de igualdad de derechos entre los cónyuges. Los demás países aún conservan disposiciones obsoletas en vigencia. En Argentina, las normas sobre el matrimonio, contenidas en el Código Civil, han sufrido reformas parciales a lo largo de los últimos años para eliminar disposiciones discriminatorias contra las mujeres, aunque todavía persisten algunas respecto a las relaciones entre los cónyuges. La ley otorga al marido la administración de los bienes de procedencia dudosa o cuyo origen no se puede determinar; le niega a la madre legitimidad para impugnar la paternidad del marido; y contempla la figura del llamado temor reverencial que las mujeres deben a sus maridos. En la jurisprudencia latinoamericana, éste ha sido invocado para invalidar el consentimiento de la mujer casada en situaciones en que se presume que fue prestado por el temor reverencial que debía al marido. También el Código de Familia boliviano contiene disposiciones discriminatorias, tales como la siguiente: el marido puede lograr que se restrinja o no a la mujer el ejercicio de determinada profesión u oficio por razones morales o cuando resulte gravemente perjudicada la función social que cumple en el hogar.

En Brasil, el Código Civil establece que el marido es el jefe de la sociedad conyugal y que a él le corresponde la representación legal de la familia, así como el ejercicio de la patria potestad sobre los hijos mientras dure el matrimonio. El marido puede solicitar la anulación del matrimonio hasta diez días después de su celebración si descubre que su mujer no era virgen. La ley civil establece que la mujer casada adquiere la condición de compañera, consorte y colaboradora del marido y está encargada de la dirección material y moral de la familia. La mujer necesita autorización expresa del marido –que conste en instrumento público o privado, con la debida legalización– para vender o gravar bienes inmuebles de su dominio particular; vender derechos de propiedad que tenga sobre bienes de terceros; y contraer obligaciones que vayan en desmedro de los bienes matrimoniales. La ley presume que la mujer que ejerza profesión fuera del hogar por más de seis meses está autorizada por el marido para realizar los actos mencionados. El marido tiene derecho a administrar los bienes comunes y los de la mujer, que estén bajo su custodia, de acuerdo con el régimen patrimonial adoptado.

En Guatemala, pese a que su ley civil y constitucional declaran la igualdad de derechos entre los cónyuges, el Código Civil establece que la representación conyugal corresponde solo al marido. Además, instituye obligaciones diferentes entre

los cónyuges. En ese país, es obligación del esposo suministrarle a la mujer todo lo necesario para el sostenimiento del hogar y de ésta, atender y cuidar a sus hijos durante la minoría de edad y dirigir los quehaceres domésticos. La mujer puede trabajar fuera del hogar, siempre y cuando estas actividades no perjudiquen el interés y cuidado de los hijos y sus deberes en el hogar. En todo caso, el marido puede oponerse a que su mujer trabaje, siempre que él suministre todo lo necesario para el sostenimiento del hogar. También, la ley penal de ese país contenía, hasta hace muy poco, normas discriminatorias contra las mujeres casadas. En marzo de 1996, un grupo de mujeres logró la derogatoria del adulterio como delito que cometía solo la mujer casada y no el hombre.

Regulación de las uniones de hecho

En los nueve países, muchas parejas hacen vida en común y forman familias como si estuvieran casadas. A éstas se les denomina uniones de hecho en algunos países y concubinato, en otros. Sin embargo, no todos los países reconocen tales uniones como generadoras de derechos y obligaciones legales. En aquellos donde están reguladas las uniones de hecho, las leyes generalmente no son discriminatorias y la tendencia regional es al reconocimiento gradual de los derechos de las parejas y de sus hijos, en igualdad de condiciones con los que tienen las personas en el matrimonio. Aunque, en general, las legislaciones confieren menos derechos a las mujeres en uniones de hecho que a las casadas, la existencia de tales normas en los ordenamientos jurídicos nacionales benefician a las mujeres principalmente, pues son éstas las que, de ordinario, se encuentran en la necesidad de reclamar derechos patrimoniales frente a su compañero o de pedir los beneficios del seguro social para ellas y sus hijos cuando el compañero es el que está afiliado.

Argentina y Jamaica son los únicos países en los que no hay regulación de las uniones de hecho, aunque los hijos habidos fuera del matrimonio gozan de los mismos derechos que los que se tienen dentro del matrimonio. En Argentina, solo hay un caso en el que la ley otorga derechos a las 'concubinas': una ley laboral que reconoce el derecho de ambos a recibir la pensión por fallecimiento de su pareja, si hubieran vivido juntos mínimo cinco años antes del fallecimiento, si tuvieran hijos reconocidos o si el causante no tuviera otros vínculos legales. En Jamaica, existen en la práctica 'uniones de visita' y 'matrimonios de hecho' de manera muy extendida, incluso, a menudo las parejas crían hijos juntos antes de casarse. Sin embargo, estas relaciones no están reconocidas legalmente, lo que con frecuencia pone a las mujeres y a sus hijos en situación de desprotección legal.

Siete países regulan las uniones de hecho: Bolivia, Brasil,

Colombia, El Salvador, Guatemala, México y Perú. Entre éstos, solo El Salvador, Guatemala y Perú han regulado las uniones de hecho en el ámbito constitucional. En El Salvador, se legisla que la inexistencia del vínculo matrimonial no afecta el goce de los derechos que se establecen en favor de la familia. En Guatemala, la legalidad de las uniones de hecho está reconocida en la Constitución y tiene efectos legales, toda vez que haya declaración por parte de los interesados ante una autoridad local. En el Perú, la Constitución define y garantiza las uniones de hecho con un régimen similar al matrimonio y el Código Civil las reglamenta.

En Bolivia la ley protege la unión conyugal libre o de hecho, así como las formas de unión prematrimonial, como el "tatancú" y el "sirvinacuy", subsistentes en las comunidades andinas y otras, con efectos similares a los del matrimonio. En Brasil, Colombia y Perú, las leyes establecen períodos mínimos de unión estable de la pareja para que la unión de hecho sea reconocida. En Brasil, ese período es de cinco años, mientras que en Colombia y Perú es de dos años. En Brasil, a diferencia de las normas que regulan el matrimonio, las leyes que rigen las uniones de hecho respetan el principio de igualdad y no discriminación contra las mujeres. En Colombia, también se reconocen los derechos y obligaciones que nacen de las uniones de hecho y la pareja tiene en ellos igualdad de derechos. En 1992, la Corte Constitucional colombiana sentó un importante precedente en el ámbito regional al reconocer el valor del trabajo doméstico como aporte al patrimonio de la sociedad conyugal en las uniones de hecho. En México, la regulación de las uniones de hecho también es materia de cada estado.

Divorcio y custodia

En los nueve países existen disposiciones que permiten el divorcio. En todos ellos, con excepción de El Salvador, hay una instancia previa denominada 'separación', en la cual se disuelve la sociedad de bienes pero no el matrimonio. Como patrón común, las leyes civiles que lo regulan no establecen disposiciones que discriminen en contra de la mujer y, en general, son igualitarias al regular los requisitos, el procedimiento y los efectos del divorcio y la separación.

En Argentina, Perú y Jamaica hay distinciones de género en la ley que regula la custodia y mantenimiento. En Argentina, la custodia de los hijos menores de cinco años corresponde a la mujer. En el Perú, los padres están en la obligación de sostener a las hijas solteras mayores de dieciocho años, pero no a los hijos varones. Además, la madre tiene la custodia de las hijas y de los hijos menores de siete años, en caso de que ambos cónyuges sean culpables del divorcio, salvo que el juez determine otra cosa. En Jamaica, el marido no está obligado a

sostener a su esposa si ésta fuera culpable de adulterio o de abandono, y la mujer solo está en la obligación de sostener a su marido si éste fuera indigente y ella tuviera propiedades. Se exige al hombre que mantenga a sus hijos y a los hijos menores de su esposa o de cualquier mujer con la que conviva. En Guatemala, existe una regulación discriminatoria contra las mujeres. En ese país, los alimentos se otorgan a la mujer que haya obtenido la separación o el divorcio por culpa del marido, y siempre y cuando observe buena conducta y no contraiga nuevo matrimonio.

A. DERECHOS SOCIOECONÓMICOS

Acceso a la propiedad

En los nueve países, la mujer tiene igualdad frente a la ley en cuanto al derecho a la propiedad, lo cual no significa que tenga las oportunidades o posibilidades de acceder a ella. Las limitaciones prácticas del acceso a la propiedad se exponen en los siguientes ejemplos. En Bolivia, en las comunidades rurales donde prevalecen las normas consuetudinarias, las mujeres tienen limitaciones para acceder a la propiedad de la tierra o mantenerla si no hay un varón en el hogar que garantice el uso productivo que se haga de la misma. En ese país, tampoco es posible para la mujer campesina acceder a la tierra por herencia cuando en la familia hay varones vivos. En Colombia, solo el 37.5% de las mujeres jefas de hogar son propietarias, en contraste con el 53% de los hogares con jefatura masculina. En El Salvador, solo el 10% de la propiedad rural está registrada a nombre de mujeres, a pesar de que el 26.23% de los jefes de familia son del sexo femenino. En Guatemala y Brasil, las normas discriminatorias existentes en las leyes civiles de esos países –en lo referente a la administración de la propiedad conyugal, que es otorgada a los hombres– constituyen violaciones al ejercicio del derecho de propiedad de las mujeres casadas. Adicionalmente, en Brasil, el Código Civil le otorga al causante el derecho a desheredar a la hija deshonestista que vive en la casa paterna, entendiéndose la deshonestidad como un comportamiento relacionado con la sexualidad.

Derechos laborales

De los países estudiados, siete –Argentina, Brasil, Colombia, El Salvador, Guatemala, México y Perú– tienen leyes que protegen los derechos laborales de las mujeres. Dichas leyes prohíben la discriminación en el empleo, establecen el principio de igual salario por el mismo trabajo y protegen a las mujeres gestantes y madres, otorgándoles licencias de maternidad pagadas por un mínimo de 75 días. A diferencia de los demás países, en El Salvador las mujeres gestantes solo reciben el 75% del salario durante dicha licencia. Varios países también otorgan descansos a la trabajadora para amamantar a sus hijos y prohíben el despido por embarazo. Adicionalmente,

en Brasil y Colombia existen leyes que protegen los derechos reproductivos de las trabajadoras. En Colombia, desde 1994, se prohíbe la exigencia de certificados de embarazo previos a la vinculación laboral de las trabajadoras, a menos que el tipo de trabajo implique un alto riesgo para su salud. En Brasil, en 1995, se expidió una ley que prohíbe a los empleadores exigir certificados de embarazo o esterilización al momento de contratar a mujeres.

Las excepciones a esta tendencia son Bolivia y Jamaica. En Bolivia, las leyes solo protegen a la trabajadora embarazada pero no protegen a las mujeres contra la discriminación en el empleo. En Jamaica, la Constitución no prohíbe la discriminación por razón de sexo de manera general ni del empleo en particular. La ley del Trabajo de la Mujer establece que ninguna mujer será contratada en trabajos nocturnos y que las horas de trabajo para las mujeres no pueden exceder las diez horas por cada veinticuatro, con excepción de algunas profesiones. El Ministerio de Trabajo puede limitar o prohibir el trabajo de las mujeres en empresas industriales, entre otras medidas de carácter proteccionista. Sin embargo, es relevante que, desde 1970, haya una norma que considere un delito el pago desigual.

Acceso al crédito

Aunque en ninguno de los nueve países hay leyes que directamente regulen o limiten el acceso de las mujeres al crédito; sin embargo, hay evidencias en estos países de que a menudo dicho acceso no se da en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres. En algunos países, como Brasil y Guatemala, las leyes de matrimonio que limitan la administración de los bienes conyugales a las mujeres o su acceso a la herencia restringen también su acceso al crédito. Este mismo efecto se da por la distribución no equitativa de la propiedad, particularmente en las zonas rurales. Además, en otros países, es práctica común de las instituciones bancarias exigir la firma del marido para otorgar el crédito a una mujer casada, aunque ésta tuviera recursos propios que lo sustenten. En Jamaica y Perú persisten políticas discriminatorias en las instituciones bancarias. En Jamaica, a la esposa se le exige la constancia de un abogado en la que se certifique que ésta ha recibido asesoría legal para la solicitud de un crédito, aunque lo haga conjuntamente con el marido.

Algunos países –Argentina, Colombia, El Salvador y México– han implementado políticas gubernamentales para remediar el problema del acceso al crédito de las mujeres. En Argentina, el gobierno está desarrollando programas que capaciten a las mujeres en administración de microempresas. Por su parte, el gobierno colombiano ha expedido legislación para apoyar particularmente el acceso al crédito de la mujer

cabeza de familia, estableciendo que las instituciones estatales de crédito tienen que instituir programas que la apoyen. En El Salvador, en 1990, el gobierno creó bancos comunales y microempresas para atender la necesidad de crédito de las mujeres y, en 1994, otorgaron créditos a 6.372 mujeres. El gobierno mexicano ha expedido legislación para apoyar de manera especial el acceso al crédito por parte de la mujer rural, el establecimiento de unidades agrícolas industriales para la mujer campesina y el apoyo a proyectos productivos de las mujeres rurales.

Acceso a la educación

En ninguno de los países estudiados hay restricciones legales para el acceso de las mujeres a la educación. La tendencia general es incluir el derecho universal a la educación en las constituciones y las leyes y establecer que es obligación del Estado proveerla. Aunque todos los países instituyen el derecho a la educación básica gratuita de la población, algunos –Colombia, El Salvador, Guatemala, México y Perú– lo establecen específicamente. En Jamaica, la educación es gratuita en principio, aunque un programa de reparto de costos, introducido recientemente, permite al gobierno recuperar más del 5% de su presupuesto a través de las tarifas pagadas por los estudiantes.

Muchos países tienen, además, políticas y programas para garantizar una educación en condiciones de igualdad. En general, en lo que se refiere a la educación de la mujer, las políticas de los gobiernos de estos nueve países se concentran en las niñas y jóvenes y no en la población adulta. Sin embargo, la mayoría de las analfabetas de estos países tienden a ser mujeres adultas, en particular, las de las zonas rurales. En México, a pesar de que el acceso no está limitado y la participación ha crecido, dos de cada tres personas adultas analfabetas son mujeres y la población femenina con menor nivel de educación se encuentra en el área rural. Igualmente, en Argentina, Bolivia, Colombia, El Salvador, Guatemala y Perú, el analfabetismo es mayoritariamente femenino y rural. Algunos gobiernos están llevando a cabo planes y programas para revertir la situación descrita en el párrafo anterior. Por ejemplo, en Argentina, se desarrolla, en el ámbito nacional, un programa de igualdad de oportunidades para las mujeres en la educación, el cual, en una primera etapa, se ha concentrado en la eliminación de este-reotipos discriminatorios en los materiales didácticos y en la institucionalización de un lenguaje no sexista en la Ley Federal de Educación. Existe, además, un área para la mujer en el Ministerio de Educación a fin de asegurar y fortalecer la equidad.

Instancias para la mujer

Aunque en los nueve países estudiados hay oficinas gubernamentales consagradas a la promoción de los derechos de las mujeres, su poder en la estructura de gobierno varía considerablemente. Perú es el único país donde la instancia gubernamental principal destinada a la promoción de la mujer tiene rango ministerial. En Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia y El Salvador, las instancias referidas cuentan con presupuesto propio y con facultades de decisión. En Jamaica y México, esas oficinas tienen menor rango. En Guatemala, ésta tiene escaso presupuesto y pertenece a un ministerio, por lo que el rango administrativo carece de significado. Sin embargo, la tendencia en la región es hacia la creación y fortalecimiento de este tipo de instancias. La mayoría de las oficinas para la mujer son dependencias autónomas de los ministerios, pero subordinadas al Poder Ejecutivo.

En el Perú, la instancia principal para la mujer es el Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDEH), creado en 1996. Su misión es promover el desarrollo de la mujer, la familia y la población, asimismo busca la atención prioritaria de los menores en situación de riesgo. Otras dos instancias importantes de promoción y defensa de los derechos de la mujer en ese país son la Comisión de la Mujer en el Congreso de la República y la Defensoría especializada en los derechos de la mujer, adjunta al Defensor del Pueblo.

En Argentina, en 1992, se creó el Consejo Nacional de la Mujer, una oficina con presupuesto propio, encargada de aplicar la CEDAW, instrumento que tiene rango de norma constitucional en ese país. Busca también lograr la máxima participación de la mujer en todas las esferas. En dieciséis provincias argentinas hay áreas de la mujer en el gobierno provincial a fin de desarrollar políticas públicas para atender su situación, con responsabilidades que varían de provincia en provincia. En Bolivia, a partir de 1991, la perspectiva de género fue adoptada por el Estado boliviano como parte de las políticas públicas. Además, existe la Subsecretaría de Asuntos de Género, dependiente de la Secretaría Nacional de Asuntos Étnicos, de Género y Generacionales, como instancia encargada de institucionalizar la perspectiva de género en las políticas de desarrollo para eliminar la discriminación contra las mujeres bolivianas. En Colombia, la principal instancia de la mujer está encargada de la coordinación de políticas. En ese país, la Dirección Nacional para la Equidad de la Mujer se creó en 1995 para hacerse cargo de la planificación, el seguimiento y la coordinación permanente de las acciones en beneficio de la equidad y la participación de la mujer. Es un organismo adscrito a la presidencia con carácter permanente y patrimonio propio.

En El Salvador, la instancia encargada de promover los derechos de las mujeres es el Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (ISDEMU), creado en 1996 como entidad autónoma, dotada de personería jurídica y patrimonio propio, con la finalidad de diseñar políticas públicas que mejoren la condición de la mujer y establezcan la equidad de género en ese país. En Guatemala, la instancia gubernamental encargada de formular políticas de género y de la promoción de las mujeres es la Oficina Nacional de la Mujer (ONAM), adscrita al Ministerio de Trabajo. Su presupuesto es escaso y su rango administrativo bajo, imposibilitando que esta instancia logre sus fines en la medida adecuada. Existe una propuesta para crear otra instancia, proyecto que espera su aprobación en el Congreso. Otras instancias especializadas en ese país son la Defensoría de la Mujer en la Procuraduría de Derechos Humanos y la Fiscalía de la Mujer. En Jamaica, la Oficina de Asuntos de la Mujer fue creada en 1975 como una instancia del Ministerio de Trabajo, Seguridad Social y Deportes para promover la integración de las mujeres al desarrollo del país. Su función consiste, principalmente, en formar, capacitar y sensibilizar. En México, existe un Programa Nacional de la Mujer, ejecutado por la Secretaría de Gobernación de México, que tiene la función de desarrollar políticas que eliminen la discriminación contra las mujeres.

B. DERECHO A LA INTEGRIDAD FÍSICA

Las cifras disponibles sobre la violencia contra las mujeres en algunos de estos países muestran que éste es un problema grave en la región. Por ejemplo, en Brasil, de la totalidad de incidentes por violencia notificados ante la administración de justicia, el 70% se produjo en los hogares y, en casi todos los casos, el agresor fue el cónyuge o compañero de la mujer. En Colombia, la muerte violenta es la principal causa de fallecimiento entre las mujeres de quince a veinticuatro años de edad. El 5.3% de las mujeres en edad fértil han manifestado haber sido obligadas a tener relaciones sexuales y, en el 80% de los casos, los agresores son conocidos o parientes. En México, en el Distrito Federal, el 87% de las denuncias presentadas a la Procuraduría General fueron de delitos en los cuales las víctimas eran mujeres. En el Perú, el 48.6% de los delitos contra la libertad son delitos de violación sexual y la violencia doméstica aumentó en 50.53%, en 1996, con respecto al año anterior.

Violación sexual

En los nueve países estudiados, la violación sexual se define como un delito contra la libertad sexual, la honestidad o las buenas costumbres. Las modalidades de violación sexual más comúnmente descritas en las leyes son la penetración vaginal, anal o bucal y con objetos. En todos los países, con excepción

de Guatemala y Jamaica, la ley no diferencia entre hombres y mujeres en cuanto a quiénes pueden ser víctimas de este delito. En los mencionados países, el sujeto pasivo de la violación sexual solo puede ser una mujer. En Jamaica, solo el coito vaginal se considera violación sexual.

En cuanto a las sanciones, Guatemala y Jamaica contemplan las penas más severas por este delito. En Guatemala, la pena genérica es de seis a doce años de prisión; pero, si la víctima es menor de diez años, se castiga con pena de muerte, y si la víctima muere por el acto, la pena es de veinte a cincuenta años. En Jamaica, la pena genérica es cadena perpetua. Las penas más bajas se encuentran en las legislaciones de Bolivia, México y Perú. En general, las penas se agravan por circunstancias tales como: cuando dos o más personas realizan el delito; por la gravedad de las lesiones producidas a la víctima; cuando el embarazo es producto de la violación sexual; en caso de muerte subsecuente; ante la existencia de una relación de autoridad entre el agresor y la víctima; o si la víctima se halla en situación de indefensión. En Bolivia, la violación sexual se sanciona con prisión de cuatro a diez años. En México, cada estado regula lo referente a los delitos sexuales. En el Distrito Federal, la violación es un delito contra la libertad y el normal desarrollo psicosexual, y la pena oscila entre ocho y catorce años de prisión. En el Perú, la pena genérica de la violación sexual es de cuatro a ocho años. En sus categorías agravadas, la pena puede alcanzar sanciones de entre cinco y veinticinco años. Existen medidas adicionales a las penas privativas de la libertad, establecidas en algunos países, como el caso del Perú, donde además el agresor debe ser sometido a tratamiento terapéutico y debe mantener la prole que resulte del delito. Esta provisión no dice si debe mediar el consentimiento de la víctima para ello.

Tres países mantienen en sus leyes disposiciones que eximen de pena a los agresores por el matrimonio subsecuente con su víctima. En Argentina, Bolivia y Guatemala se extingue la acción penal si la víctima contrae matrimonio con el agresor, prestando su consentimiento para ello. En Brasil, México, Bolivia y Guatemala existe el delito de rapto de mujeres con fines sexuales. En estos casos, tampoco se castiga el delito si hay matrimonio subsiguiente.

La protección legal contra la violación sexual entre cónyuges ya tiene un modelo a seguir en la región. La violación dentro del matrimonio únicamente se tipifica como delito en Colombia. La pena para este delito es de seis meses a un año. Jamaica es otro ejemplo de esfuerzo hacia esa tendencia. En este país, el derecho común protege a las mujeres que están separadas de sus maridos y establece que no se considera que la esposa ha prestado su consentimiento a la realización del coito durante la separación, cuando hay

amenazas de ataque o lesión, o cuando el marido sufre de una enfermedad de transmisión sexual. Además, hay un proyecto de ley que busca posibilitar a las esposas acusar a sus maridos por violación sexual. En junio de 1997, la Corte Suprema de Justicia de México estableció un precedente negativo, contrario a esta tendencia, al determinar que la relación sexual entre cónyuges, obtenida mediante violencia, no constituye un delito sino el "ejercicio indebido de un derecho". En 1995, el estado mexicano de Querétaro ya tipificaba como delito la violación entre cónyuges; lo que suceda después del citado fallo puede significar un retroceso en la tendencia de avanzar en la protección de las mujeres contra la violencia en el ámbito doméstico.

Violencia doméstica

Entre 1993 y 1996, siete de los nueve países promulgaron por primera vez leyes y políticas en contra de la violencia doméstica. Estas leyes son similares entre sí, en cuanto buscan establecer mecanismos legales para las víctimas de la violencia doméstica y desarrollar medidas de prevención, erradicación y protección en ese caso. Establecen medidas provisionales cautelares y penas a los agresores, tales como multas, exclusión del domicilio, prohibición del agresor de acercarse a la víctima y hasta privación de la libertad, dependiendo del resultado de la violencia ejercida. Los procesos fijados en las leyes de los países se llevan a cabo ante la policía, fiscales o jueces civiles, penales y de familia.

En Colombia, una ley de 1996 declara que la violencia intrafamiliar es un delito. En la ley se establecen medidas de protección provisionales o definitivas. Las víctimas pueden acudir ante las comisarías de familia, los fiscales o la policía; sin embargo, en caso de lesiones, se aplican las normas del Código Penal. En 1993, se promulgó en el Perú la Ley Contra la Violencia Familiar, la cual busca educar para erradicar la violencia doméstica; establecer procesos legales para las víctimas; reforzar las dependencias policiales con personal especializado; promover el establecimiento de hogares temporales de refugio y crear instituciones para tratar a los agresores. En tales procesos, las denuncias son presentadas ante la policía o el fiscal y estos realizan las investigaciones preliminares. Luego, el informe es remitido al juez de paz o fiscal encargado, que tiene una serie de medidas inmediatas y punitivas que puede dictar, desde ordenar el retiro del agresor del domicilio, hasta multas o ampliación de las investigaciones si se hubiera cometido algún delito.

En dos de los países estudiados existen dos vías paralelas que pueden ser seguidas por las víctimas de violencia doméstica. En Jamaica, hay dos leyes parlamentarias aplicables a la materia que se analiza: la Ley de Violencia Familiar y la Ley de Causas

Matrimoniales, esta última solo se aplica a parejas casadas, mientras que la Ley de Violencia Familiar protege también a quienes viven en uniones de hecho u otras uniones extramatrimoniales. En ese país, se crearon recientemente unidades especiales de atención a la violencia doméstica dentro de las fuerzas policiales. En El Salvador, la violencia doméstica está regulada por la Ley Contra la Violencia Intrafamiliar y por el Código Penal, y existe una división especial de la Policía Nacional Civil para investigar y tramitar los casos denunciados. La mencionada Ley especifica tres clases de violencia: daño psicológico, físico y sexual. También el Código Penal de ese país castiga la violencia doméstica, dándose así dos jurisdicciones competentes: la de familia y la penal.

La legislación boliviana establece un mecanismo interesante para la erradicación de la violencia doméstica en las comunidades indígenas y nativas. En Bolivia, la Ley Contra la Violencia en la Familia o violencia doméstica es bastante similar a las demás, excepto que establece un mecanismo importante para hacer más accesible la protección contra la violencia para las mujeres indígenas y rurales. En las comunidades indígenas y campesinas, sus autoridades son competentes para resolver los casos de violencia familiar, de acuerdo a sus usos y costumbres, siempre y cuando tales normas y procedimientos no sean contrarios a la Constitución ni al espíritu de la ley mencionada.

En Guatemala, la Ley Para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Intrafamiliar establece que las medidas de protección pueden ser solicitadas también por los parientes o médicos o cualquier persona que sea testigo de los hechos. Participan en la aplicación de las medidas y el desarrollo del proceso la policía nacional y los jueces de paz. En Argentina, se promulgó, en 1994, la Ley Nacional de Protección Contra la Violencia Familiar que también permite a la víctima solicitar medidas de protección ante un juez. Sin embargo, durante el proceso que fija esta ley, es obligatorio que la víctima participe con el agresor en una audiencia de mediación. El decreto reglamentario de dicha ley establece la apertura de centros de información y consejería para casos de violencia física y síquica.

En México no existe una ley federal que sancione la violencia doméstica. En 1996, el Distrito Federal publicó una ley denominada Ley de Asistencia y Prevención de la Violencia Intrafamiliar, a fin de establecer procedimientos de carácter no judicial para la protección de las víctimas. En algunos estados, solo en ciertos casos se considera como circunstancia agravante del delito de lesiones que aquélla se diera entre cónyuges o convivientes. En Brasil, la Constitución garantiza la protección contra la violencia familiar pero no hay una ley para combatirla. Las propuestas existentes están encontrando mucha resistencia, principalmente por parte de juristas que manifiestan que ya existe amparo contra la violencia doméstica

en las leyes penales que sancionan los delitos contra la integridad física. Las delegaciones policíacas para la defensa de la mujer en ese país constituyen un estímulo para que las mujeres recurran a la policía a fin de denunciar casos de violencia familiar. Sin embargo, la creación de estas delegaciones no tienen base legal federal sino que son creadas en el ámbito estatal.

Acoso sexual

Solo cuatro de los nueve países estudiados tienen alguna provisión o artículo entre sus normas más generales, laborales o penales para regular el acoso sexual: El Salvador, Perú, México y Argentina.

En El Salvador y México, el acoso sexual es considerado un delito. En el primero, se sanciona con penas de seis meses a un año de prisión, y se le define como conductas sexuales indeseadas, inequívocas, como son los 'tocamientos'. Cuando el acoso se da aprovechando una relación de 'superioridad', según la norma, la sanción impuesta al acosador incluirá, adicionalmente, una multa. En México, el acoso sexual es considerado como un delito solo en algunos estados. En el Distrito Federal, se sanciona con una multa y destitución del cargo, en caso de ser el acosador un empleado público. Sin embargo, para que el delito se castigue tiene que haber existido daño o perjuicio a la víctima y ésta debe haber interpuesto una querrela. En la legislación laboral del Perú, el hostigamiento sexual se encuentra regulado como un acto de hostilidad del empleador equivalente al despido. La víctima puede elegir actuar para que cese la hostilidad o dar por terminado el contrato y pedir la indemnización. La acción caduca a los treinta días del incidente. En Argentina, la única norma aplicable rige dentro de la esfera de la administración pública e implica a un superior que induce a otro a acceder a sus requerimientos sexuales. No cubre a la mayoría de los funcionarios públicos, o sea que su alcance es bastante restringido.

En Guatemala, Brasil y Perú existen proyectos de ley para la regulación del acoso sexual, aunque la tendencia regional sigue siendo la de restringir su pena al ámbito del empleo, con excepción de Guatemala y algunos proyectos presentados en Brasil, en los cuales se plantean también medidas de protección contra el acoso en los establecimientos educativos. En el ámbito regional, la Convención de Belém do Pará es el instrumento regional que brinda el mejor marco de protección contra el acoso, al considerarlo como un acto de violencia contra las mujeres que tiene lugar en la comunidad y que puede ser perpetrado por cualquier persona en el empleo, instituciones educativas, establecimientos de salud u otros lugares. Los nueve países analizados en este informe han firmado o ratificado

dicha Convención.

IV. Analizando los Derechos de un Grupo Especial: Adolescentes

Los menores y los adolescentes constituyen casi la mitad de la población en cada uno de los nueve países de América Latina y el Caribe. Sin embargo, no todas las leyes y políticas definen el término 'adolescente'. Solo Brasil y Perú definen legalmente a los adolescentes como aquellas personas entre doce y dieciocho años de edad. Aunque Colombia mantiene normas constitucionales que establecen derechos para los jóvenes y los niños, no especifica límites de edad. Los demás países, en sus legislaciones, solo distinguen a los menores de los adultos, al regular principalmente el matrimonio y los delitos sexuales. Incluso aquellos países que formulan políticas para los adolescentes, no establecen la definición del término 'adolescentes'. Sin embargo, la mayoría de las estadísticas demográficas consideran como tales a las personas entre quince y diecinueve años de edad. Para efectos de este informe, en los casos en que la legislación o las políticas nacionales no definieran a los adolescentes, el reporte sigue el marco proporcionado por el Artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño, que considera como tal a toda persona menor de dieciocho años.

A. SALUD REPRODUCTIVA

La disponibilidad de estadísticas sobre la salud reproductiva de los adolescentes no es homogénea entre los países analizados, dificultando una visión integral de la situación de la salud reproductiva de los mismos. En varios países de la región, como en Colombia y El Salvador, el apoyo de organizaciones no gubernamentales y la cooperación internacional ha impulsado iniciativas de acopio de información demográfica e indicadores de salud reproductiva de toda la población y, entre ellos, de los adolescentes. Los gobiernos de México y Perú han mostrado mayor iniciativa en ese área, a diferencia de Argentina, que cuenta con muy escasa información demográfica en general y sobre los adolescentes en particular.

La maternidad adolescente es un problema en todos los países y tiene una relación inversa con las tasas de uso de anticonceptivos entre las adolescentes. A índices más altos de embarazo adolescente corresponden tasas más bajas de uso de anticonceptivos en los países que estudiamos. En Bolivia, El Salvador y Jamaica, el acceso de los adolescentes a los anticonceptivos es muy limitado. En consecuencia, estos países presentan las tasas más altas de maternidad adolescente. Bolivia y El Salvador tienen las tasas más altas de maternidad

adolescente en América Latina –20 y 18% del total de madres son adolescentes, respectivamente. En Jamaica, un tercio del total de nacimientos proviene de madres adolescentes y, aunque esta tasa es muy alta comparada con la de los países latinoamericanos, no lo es entre los países del Caribe. En el Perú, el embarazo adolescente contribuye en 15% a la cifra total de mortalidad materna, y el Ministerio de Salud ha indicado que muchos de los embarazos adolescentes en ese país terminan en abortos como consecuencia de embarazos no deseados. México es un buen ejemplo del impacto que el acceso a los métodos anticonceptivos puede tener en la maternidad adolescente. En ese país, las estadísticas comparativas muestran que el incremento en el uso de anticonceptivos entre las adolescentes, en las últimas décadas –1976 a 1992– se ha dado paralelamente a la reducción de las tasas de maternidad entre ellas –132 a 78 por cada mil mujeres. Sin embargo, este país tiene otros retos en el campo de los derechos reproductivos de los adolescentes: las ETS, entre estos, aumentó en 14% entre 1990 y 1993, y la tasa de mortalidad materna de las mujeres menores de veinte años todavía es 6% más alta que la de las mujeres más adultas.

La existencia de políticas y leyes dirigidas a promover la salud reproductiva de la población adolescente es muy escasa en los nueve países. En cuatro de ellos –Argentina, Bolivia, El Salvador y Jamaica– no existen políticas ni programas nacionales dirigidos a atender las necesidades reproductivas de los adolescentes. En Argentina, muy pocas provincias han iniciado programas centrados en la atención de las madres adolescentes en estado de vulnerabilidad económica, mientras que en Jamaica, el esfuerzo privado atiende las necesidades de salud y busca la reincorporación en el sistema educativo de las madres y de los padres adolescentes. En los seis países restantes, las políticas destinadas a los adolescentes en materia de salud reproductiva y planificación familiar concurren principalmente en lograr los siguientes objetivos: prevenir los embarazos no deseados y el aborto entre adolescentes; evitar la propagación del VIH/SIDA y las ETS; brindar información en planificación familiar; y erradicar la violencia sexual contra los menores. Combatir la prostitución infantil es uno de los principales objetivos del Programa Nacional de ETS/SIDA en Brasil. La tendencia más marcada entre los seis países que tienen políticas en salud reproductiva y planificación familiar para los adolescentes es la formulación de objetivos específicos para esa población, como parte de sus políticas generales en dichas materias o de políticas más amplias dirigidas a la población adolescente. El Perú tiene un programa específico para atender la salud integral de los adolescentes, uno de cuyos componentes es la salud reproductiva. Aunque estos países coinciden en los objetivos descritos, existen diferencias en cuanto a las

estrategias y el tipo de actividades que se implementan para lograr tales objetivos.

Mientras que en Colombia, México y Perú la estrategia principal para lograr la disminución de los embarazos no deseados y los abortos es la de organizar actividades de información y planificación familiar, en Guatemala, las campañas educativas para enfrentar el problema del VIH/SIDA se centran en promover la castidad en los jóvenes. En Colombia, la política nacional sobre equidad de la mujer tiene como uno de sus objetivos la prevención de abortos y embarazos no deseados, a través del diseño e implementación de actividades de planificación familiar que faciliten el acceso de la población adolescente a los métodos anticonceptivos. En México, se han implementado módulos especiales para la atención de la salud reproductiva de los adolescentes en ciento dos establecimientos de salud de los treinta y dos estados, mientras que en el Perú, la cobertura de servicios del Programa de Salud Integral del Escolar y Adolescente (PSIEA), que atiende también la salud reproductiva de esa población, es de 40%. Este país tiene como meta para el período 1996-2000 lograr una cobertura de métodos anticonceptivos modernos no menor del 60% de las adolescentes que viven en pareja.

La protección legal de la salud de los adolescentes en las leyes nacionales no es uniforme y, en los casos en que tal protección existe, no siempre es específica en cuanto a su salud reproductiva. En algunos casos, normas generales pueden establecer protecciones aplicables a la salud reproductiva de los adolescentes o pueden afectarla. Por ejemplo en México, pese a que la Constitución Federal establece que es deber de los padres preservar la salud física y mental de los menores, muchos estados dan amparo legal al maltrato de los mismos por sus padres, al mantener normas obsoletas en sus leyes penales que otorgan a los padres el derecho de aplicar castigos físicos a sus hijos. En Bolivia, Brasil y Perú las leyes especiales que regulan los derechos de los niños y los adolescentes garantizan también determinados derechos reproductivos. En Brasil, tales leyes establecen la protección de la adolescente gestante a través del Sistema Único de Salud brasileño, mientras que en el Perú se establece que el estado debe otorgar atención especial a las adolescentes durante el embarazo, el parto y luego de este; asimismo, se establece el derecho de todos los adolescentes a recibir educación sexual e información en materia de planificación familiar. El Código del Menor de Bolivia instituye la obligación del estado de prestar atención especializada a las menores embarazadas, antes y después del parto.

Las leyes existentes no contienen derechos de los adolescentes como usuarios de los servicios de salud. Algunas normas que rigen exclusivamente para los profesionales de

salud asociados a los colegios correspondientes contienen reglas para la atención de los adolescentes. Por ejemplo, en Guatemala, el Código Deontológico del Colegio Médico de ese país exige la presencia de los padres o tutores en los casos de exámenes ginecológicos a mujeres menores de edad, excepto por emergencia gineco-obstétrica o mandato judicial; al mismo tiempo, esta norma establece que el secreto médico sobre el diagnóstico de embarazo o asistencia de parto, a pedido de la paciente, no es obligatorio cuando los pacientes son menores.

En materia de legislación, las leyes codificadas que establecen derechos reproductivos para los niños y los adolescentes en el Perú, Brasil y Bolivia –aunque muy limitadamente– son el ejemplo más saltante a nivel de los países estudiados. El Perú es el único país entre los citados cuyo Código del Menor y el Adolescente reconoce los derechos reproductivos de los adolescentes en cuanto a la educación sexual y la planificación familiar. Adicionalmente, el caso de Guatemala sirve para ilustrar el rol que los códigos de ética de los profesionales de salud pueden jugar en la regulación de los derechos de los adolescentes como usuarios de los servicios de salud reproductiva.

B. MATRIMONIO

El promedio de edad en la primera unión en los nueve países oscila entre 18.5 y 23 años, correspondiendo la más baja a México y El Salvador y la más alta a Argentina. Las leyes civiles de estos países establecen las edades en que las personas pueden contraer matrimonio sin autorización alguna, las edades mínimas para casarse y aquellas circunstancias especiales que permiten que los menores obtengan autorizaciones judiciales para contraer matrimonio. En Argentina y Brasil, las personas pueden casarse sin autorización a partir de los veintiún años, mientras que en los demás países pueden hacerlo a partir de los dieciocho. En Jamaica, se fija en dieciséis años la edad mínima en la que las personas pueden casarse y, a diferencia de los demás países, no se contempla excepciones a la edad legal, limitándose a declarar que los matrimonios de personas menores de dieciséis años son nulos. En El Salvador, los padres, tutores o el juez pueden negar la autorización de matrimonio a los menores de dieciocho años en razón de su conducta y si ninguno de los contrayentes tuviera medios económicos para sostener el hogar. En ese país, al igual que en Colombia y El Salvador, la existencia de un hijo o el embarazo de la adolescente se convierten en razones que justifican el conceder autorizaciones para el matrimonio a menores cuyas edades estén aún por debajo del mínimo legal.

En siete países latinoamericanos, con excepción de El Salvador, las leyes nacionales establecen diferencias por sexo

para instituir las edades mínimas en que hombres y mujeres pueden casarse con autorización de sus padres, tutores o de los jueces respectivos. Sin embargo, ninguna ley explica la razón de esta diferencia. Tales edades fluctúan entre doce, catorce y dieciséis años para las mujeres y catorce, dieciséis y dieciocho para los hombres.

C. DELITOS SEXUALES CONTRA ADOLESCENTES Y MENORES

Las estadísticas disponibles sobre violencia sexual contra las adolescentes y menores en los pocos países que disponen de esa información es alarmante. Aunque los nueve países, sin excepción, sancionan tales delitos con penas severas que llegan hasta la cadena perpetua, tal rigurosidad legal contrasta con la inexistencia absoluta de políticas o programas para erradicar la violencia sexual, tanto en el ámbito doméstico como en las calles. En México, se estima que la mitad de las violaciones y otros delitos sexuales son cometidos contra niñas y adolescentes. En el 60% de los casos denunciados, los agresores son parientes de la víctima, incluso los propios padres. En Colombia, el promedio de edad en que las adolescentes sufren una violación sexual es de catorce años y constituye el 31% de las violaciones denunciadas. Igual que en México, en el 39% de los casos los agresores eran novios, amigos o vecinos de la víctima y el 26%, parientes.

Las leyes penales que sancionan los delitos sexuales contra los menores y adolescentes tienen denominadores comunes en los nueve países. El rango de protección legal comprende desde los menores de siete años hasta los adolescentes de dieciocho años. La gama de delitos legislados es muy amplia, siendo los más comunes la violación sexual (coito con violencia física), el estupro (acto sexual logrado con engaño); el incesto; actos de abuso deshonesto (cualquier otro distinto al coito); el rapto con fines sexuales; la corrupción de menores; el estímulo a la prostitución y a la pornografía de menores; y el acoso sexual contra los mismos. La gradación de las penas es de acuerdo a la edad de la víctima; a menor edad se aplican penas más severas. Las circunstancias agravantes de estos delitos están constituidas, principalmente, por la relación del agresor con la víctima. Mientras más cercano es el agresor, más se agrava el delito.

Existen provisiones obsoletas y discriminatorias contra las adolescentes en algunos de los países estudiados. Al sancionar el delito de estupro, Bolivia, Argentina, Guatemala y varios estados mexicanos exigen como condición para castigar el delito que la adolescente sea honesta, lo que en la jurisprudencia argentina es sinónimo de virginidad y, en los otros países, da lugar a un conjunto de requisitos exigidos a la conducta de las adolescentes. Los adolescentes hombres no son