

LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS A LA VANGUARDIA

Una herramienta para la reforma legal



CENTER
FOR
REPRODUCTIVE
RIGHTS

LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS A LA VANGUARDIA

Una herramienta para la reforma legal

© 2008 Centro de Derechos Reproductivos
Impreso en Estados Unidos

Cualquier parte de este informe puede ser copiada, traducida o adaptada con autorización del Centro de Derechos Reproductivos (Centro), siempre y cuando las partes copiadas sean distribuidas gratuitamente o a precio de costo (sin fines de lucro) y se reconozca al Centro como su autor. Toda reproducción comercial requiere de la autorización previa del Centro por escrito. El Centro agradecería recibir una copia de cualquier material en el que se utilice información contenida en este informe.

ISBN: 1-890671-47-9
978-1-890671-47-1

Imagen de la portada: José Ortega

Este informe puede ser descargado en forma gratuita desde www.reproductiverights.org. Si desea recibir una copia impresa, contacte al Centro de Derechos Reproductivos:

120 Wall Street, 14th Floor
Nueva York, NY 10005
Estados Unidos
Tel. +1 917 637 3600
Fax +1 917 637 3666
publications@reprorights.org

El Centro de Derechos Reproductivos es una organización no gubernamental sin fines de lucro dedicada a la promoción y defensa de los derechos reproductivos de las mujeres en todo el mundo. www.reproductiverights.org

Título original en inglés: *Gaining Ground: A Tool for Advancing Reproductive Rights Law Reform.*

TABLA DE CONTENIDOS

Agradecimientos	5
Prólogo	7
Glosario	10
Capítulo I: Uso de advocacy legal para la promoción de los derechos reproductivos	14
1. ¿Qué son los derechos reproductivos?	14
2. ¿Por qué es necesario un marco de derechos reproductivos?	17
3. ¿Cómo pueden los tratados internacionales y regionales sobre derechos humanos promover los derechos reproductivos a nivel nacional?.....	18
4. El papel de las leyes y políticas nacionales en la promoción de los derechos reproductivos.....	19
5. Desafíos clave en la defensa y promoción de los derechos reproductivos	22
6. Después de la reforma a la ley: El inicio de otra campaña	25
Capítulo II: Embarazo y parto sin riesgos.....	28
<i>Marco de derechos humanos</i>	29
1. Acceso a servicios de salud necesarios para un embarazo y parto sin riesgos.....	30
2. Asegurar la calidad de atención	33
Capítulo III: Anticoncepción	36
<i>Marco de derechos humanos</i>	36
1. Medidas para asegurar el acceso a la anticoncepción	38
2. Acceso a la amplia variedad de métodos anticonceptivos	39
3. Consentimiento informado y derecho a estar libre de coerción al aceptar anticoncepción	43
Capítulo IV: Aborto	47
<i>Marco de derechos humanos</i>	47
1. Medidas para eliminar las restricciones al aborto	49
2. Medidas para asegurar el acceso al aborto.....	52
3. Disponibilidad de la amplia variedad de tecnologías para el aborto	55
Capítulo V: Prácticas nocivas—la mutilación genital femenina (MGF).....	59
<i>Marco de derechos humanos</i>	60
1. Medidas estatales de alcance para erradicar la MGF	61
2. Protección del derecho de las mujeres a estar libres de la MGF.....	62
3. Atención para niñas y mujeres que han sido sometidas a MGF.....	67
Capítulo VI: VIH/SIDA	71
<i>Marco de derechos humanos</i>	72
1. Reconocimiento del derecho a recibir tratamiento para el VIH/SIDA	72
2. Medidas para proteger los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA	73
3. Medidas para protegerse de la infección por VIH	76

Capítulo VII: Derechos de matrimonio	80
<i>Marco de derechos humanos</i>	80
1. Consentimiento libre y pleno de los contrayentes.....	82
2. Medidas para hacer extensivos los beneficios del matrimonio a las uniones de hecho.....	83
3. Reconocimiento legal de las uniones entre personas del mismo sexo	84
4. Igualdad de derechos dentro del matrimonio, incluido el derecho a la propiedad y la sucesión de bienes	86
5. Acceso a divorcio legal	87
 Capítulo VIII: Violencia contra las mujeres	 91
<i>Marco de derechos humanos</i>	91
1. Reconocimiento de la obligación del Estado de prevenir la violencia intrafamiliar.....	92
2. Reconocimiento en la ley de todas las formas de violencia contra la mujer.....	93
3. Acciones contra la trata de mujeres y niñas.....	95
 Capítulo IX: Políticas de población	 99
<i>Marco de derechos humanos</i>	100
1. Reconocimiento legal del derecho a determinar el número de hijos y el espaciamiento entre los nacimientos	101
2. Políticas de población que adoptan un enfoque de derechos humanos	101
3. Políticas de población que promueven la condición y la salud de la mujer	103
 Capítulo X: Derechos reproductivos de los adolescentes.....	 106
<i>Marco de derechos humanos</i>	107
1. Medidas para asegurar el acceso a información y educación en salud reproductiva	108
2. Medidas para asegurar el acceso a servicios de salud reproductiva.....	111
3. Medidas para proteger a los adolescentes de la violencia y la discriminación.....	113
 Apéndice A: Tabla de leyes y políticas citadas	 121
Por país.....	121
Por capítulo.....	126
 Apéndice B: Texto de instrumentos internacionales de derechos humanos	 132
Derecho a la vida	132
Derecho a la seguridad personal	133
Derecho a la salud	134
Derecho a estar libre de discriminación.....	137
Derecho a la autodeterminación reproductiva	138
Derecho a la información y a la educación	140
Derecho a disfrutar los beneficios del progreso científico	142
Derechos de matrimonio	143

AGRADECIMIENTOS

Muchos miembros del Programa Legal Internacional del Centro de Derechos Reproductivos trabajaron para producir *Los derechos reproductivos a la vanguardia*. Laura Katzive, Directora Adjunta, supervisó la investigación, la redacción preliminar y la edición del texto, así como el proceso de solicitud de información y terminación del informe para su publicación. Elisa Slattery, Directora Regional y Asesora Legal para África, redactó parte importante del texto y coordinó gran parte de la investigación y la edición. Kerry McLean, Ex Abogada del Programa Internacional, participó en la investigación, redacción inicial y edición de la publicación y ayudó en la incorporación de la información enviada por otros revisores. Morgan Stoffregen, Asociada del Programa Internacional, colaboró en la investigación y edición, y coordinó el proceso de producción y publicación.

Los derechos reproductivos a la vanguardia se benefició de los comentarios y aportes de Nancy Northup, Presidenta del Centro de Derechos Reproductivos; Luisa Cabal, Directora del Programa Legal Internacional; Lilian Sepúlveda, Directora Regional y Asesora Legal para América Latina y el Caribe; Melissa Upreti, Directora Regional y Asesora Legal para Asia; y Christina Zampas, Directora Regional y Asesora Legal para Europa. Susannah Masur y Tori Okner, Asistentes Legales Internacionales, y Rachel Gore, ex Asistente Legal Internacional, ayudaron con la investigación y edición. Muchos pasantes que participaron en el Programa Legal Internacional del Centro durante los años 2004, 2005 y 2006 cooperaron con la investigación y redacción: Elana Berger, Molly Chafetz, Vicky Chang, Jennifer Curran, Angelina Fischer, Rachel Krol, Susan Lazorchick, Hana Meadway, Larisa Mori, Jane Okpala, Joanna Pozen, Meghan Rhoad, Katherine Shulte y Lea Son. Ellen Sweet, ex Directora de Comunicaciones, y Dara Mayers, ex Editora, contribuyeron en la planificación y el diseño iniciales de la publicación; Shauna Cagan, diseñó la portada y la diagramación y Lisa Remez editó el informe. Lilian Sepúlveda, Directora Regional y Asesora Legal para América Latina y el Caribe, coordinó la traducción al español del reporte, con la asistencia de Mónica Arango, Abogada del Programa de América Latina y el Caribe, y Hilary Hammell, Asistente Legal del Programa Internacional. Ximena Casas, Julieta Lemaitre y Adriana Ortega contribuyeron al proceso de revisión del reporte.

El Centro de Derechos Reproductivos agradece a todas aquellas personas que proporcionaron información de incalculable valor para una versión anterior de esta publicación. La información se recopiló durante una reunión de expertos sobre la reforma a la ley de derechos reproductivos, que se realizó en Ciudad de México los días 26–27 de abril de 2006. En la reunión, patrocinada en forma conjunta por el Centro de Derechos Reproductivos y el Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), participaron seis expertos en la reforma a la ley de derechos reproductivos provenientes de cuatro regiones: Vicky Claeys, Directora Regional, Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) Red Europea; Ana Cristina González Vélez, Consultora, Fundación Mexicana para la Salud; Joyce Majiwa, Miembro del Consejo, Federación Internacional de Abogadas – Capítulo de Kenya (FIDA Kenya); Wanda Nowicka, Presidenta, Federación Polaca para las Mujeres y la Planificación Familiar; María Luisa Sánchez Fuentes, Directora, GIRE; y Anjana Suvarnananda, Miembro del Grupo Asesor, Women’s Health Advocacy Foundation [fundación de *advocacy* por la salud de las mujeres] de Tailandia. En esa oportunidad, las expertas se reunieron con personal y observadores del Centro y de GIRE con el fin de analizar las necesidades de los grupos que trabajan para lograr un cambio en la legislación y regulación, al igual que para estudiar de qué manera

Los derechos reproductivos a la vanguardia podría satisfacer dichas necesidades de la mejor manera. Luego del proceso de consulta, el texto fue revisado minuciosamente para responder las inquietudes de las expertas.

Gran parte de la información que se presenta en *Los derechos reproductivos a la vanguardia* proviene de publicaciones producidas por el Centro entre los años 1997 y 2005. Éstas incluyen varios informes del Centro pertenecientes a una serie titulada *Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives* (Mujeres del Mundo: Leyes y políticas que afectan su vida reproductiva), que abarcó seis regiones del mundo: África angloparlante (1997 y 2001), América Latina y el Caribe (1997 y 2000), África francófona (1999), Europa Centro-oriental (2000), Sur de Asia (2004) y Este y Sudeste de Asia (2005). La información y el análisis también se obtuvieron de *Derechos Reproductivos: Hacia Adelante* (2000) y los documentos de análisis temático del Centro, *Governments in Action* (Gobiernos en Acción) (2005) y *Rethinking Population Policies: A Reproductive Rights Framework* (Revisión de las Políticas de Población: Marco de derechos reproductivos) (2003).

PRÓLOGO

La igualdad y el estatus de las mujeres dentro de la sociedad están directamente ligados con el disfrute de sus derechos reproductivos. Sin la capacidad de tomar decisiones básicas respecto de sus cuerpos y de sus vidas, las mujeres no pueden disfrutar de su derecho a participar en instituciones educacionales, en la fuerza laboral o en la esfera política. Al mismo tiempo, la discriminación generalizada vuelve a las mujeres vulnerables a la violación de sus derechos reproductivos. Por ejemplo, muchas mujeres carecen de la independencia y de los recursos para acceder a la atención de la salud y para protegerse a sí mismas del abuso por parte de la familia y de los miembros de la comunidad.

La reforma legal es fundamental para asegurar los derechos reproductivos y la igualdad de la mujer en la sociedad. Incluso si las nuevas leyes no se implementan ni se cumplen a la perfección, cambiar la ley constituye un paso importante para mejorar la condición de la mujer y permitirle conocer sus derechos. La reforma de leyes discriminatorias no sólo fomenta el reconocimiento por parte de la sociedad de los derechos humanos básicos de la mujer, sino que además puede crear herramientas y mecanismos prácticos que permitan a las mujeres hacer cumplir sus derechos.

Los derechos reproductivos a la vanguardia es un recurso para defensores de la reforma legislativa a nivel nacional. Explora nueve temas de la ley sobre derechos reproductivos. Nuestro propósito es analizar y organizar por tema los avances en la reforma de las leyes en todo el mundo para así estimular el surgimiento de ideas para la reforma y ayudar a los defensores de la reforma a hacer una evaluación realista de lo que puede lograrse en sus propios países. Todos podemos beneficiarnos del éxito de los demás. Haciendo uso del análisis de los derechos humanos, de la información práctica, del contexto histórico y de ejemplos positivos de reformas, *Los derechos reproductivos a la vanguardia* pretende proporcionar a los defensores de la reforma de la ley herramientas para promover los derechos reproductivos en sus propios países.

Cómo usar *Los derechos reproductivos a la vanguardia*

Los derechos reproductivos a la vanguardia está concebido principalmente como una herramienta para los defensores involucrados en la reforma legal y política en el área de los derechos reproductivos. En el contexto de la reforma legislativa, los ejemplos comparativos en aspectos legales y de políticas públicas pueden cumplir diversas funciones. Si los gobiernos reclaman que la promoción de los derechos reproductivos no es factible desde el punto de vista económico, cultural o político, se pueden usar ejemplos de otros países que se encuentran en una situación similar para contrarrestar tales afirmaciones. De manera similar, las leyes y políticas modelo pueden sugerir soluciones e indicar tendencias hacia el reconocimiento y la promoción de los derechos reproductivos de parte del Estado. Si bien pocos modelos implementados a nivel nacional pueden transferirse en su totalidad a sistemas legales de otros países, las leyes y políticas reunidas en esta publicación, en su conjunto, reflejan elementos clave de la reforma que pueden ser replicados en muchos contextos legales.

Los defensores de los derechos también pueden considerar que *Los derechos reproductivos a la vanguardia* es una herramienta útil para la educación en derechos humanos. Por ejemplo, los resúmenes legales y de políticas pueden ayudar a ilustrar el contenido y el espectro de los derechos de las mujeres y destacar la importancia de la ley como herramienta para el empoderamiento de las mujeres.

En cada capítulo

Cada capítulo de esta publicación está dedicado a un asunto clave de los derechos reproductivos. Se presenta el tema del capítulo, luego hay un resumen del marco internacional de derechos humanos que respalda la reforma progresiva en ese tema (el texto completo de las disposiciones de tratados de derechos humanos pertinentes aparece en el Apéndice B). A continuación, el capítulo presenta una lista con los principales deberes de los Estados, los cuales surgen de las obligaciones de éstos de acuerdo a la ley de derechos humanos. Para cada obligación, se presentan avances en material legal y de políticas de todo el mundo para ejemplificar cómo los Estados han empezado a cumplir sus compromisos legales internacionales. Los resúmenes de los avances en materia legal y de políticas destacan sus elementos principales y están basados en la lectura de los textos originales.

Cómo fueron seleccionados los ejemplos

Los ejemplos incluidos en *Los derechos reproductivos a la vanguardia* no son exhaustivos pero fueron seleccionados para ilustrar las posibilidades que tienen los Estados de realizar acciones positivas en lo que respecta a los derechos reproductivos en todas las regiones del mundo. Los ejemplos se limitan a las reformas llevadas a cabo después de 1994, año en que se realizó la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en el Cairo. La CIPD constituyó un hito para el movimiento por los derechos reproductivos, ya que representó la primera declaración exhaustiva y a nivel mundial de los derechos reproductivos de las mujeres y de las correspondientes obligaciones de los Estados. Los ejemplos que se encuentran en *Los derechos reproductivos a la vanguardia* han sido incluidos con la intención de reflejar los avances en la implementación de los principios reconocidos en la CIPD. Si bien muchas de las leyes y políticas que aquí se presentan reflejan sólo un avance parcial hacia la realización de los derechos reproductivos, éstas fueron incluidas para reconocer el hecho de que la reforma legal progresiva a menudo se logra de manera gradual.

La mayoría de los ejemplos presentes en *Los derechos reproductivos a la vanguardia* provienen de países de ingresos bajos o medios. La intención fue dar ejemplos que pudieran resultar persuasivos para la defensa de la reforma legislativa en todos los países, incluidos aquellos con recursos económicos limitados. Cuando se citan como ejemplo reformas de países de altos ingresos, se trata de iniciativas que no necesariamente requieren un gran desembolso económico por parte del Estado. Finalmente, se hizo todo el esfuerzo posible por presentar ejemplos de al menos cuatro regiones geográficas importantes: África, América Latina y el Caribe, Asia, y Europa.

Aspectos comunes a todos los temas

Diversas consideraciones son relevantes para más de uno de los temas abordados en *Los derechos reproductivos a la vanguardia*. El informe fue diseñado para minimizar la repetición en los capítulos. No obstante, se aconseja a los lectores consultar el análisis de los siguientes aspectos comunes en los capítulos que se indican a continuación.

Consentimiento informado

El derecho de las mujeres a otorgar su consentimiento informado, libre de coerción e intromisión, es un tema que primero se aborda en el Capítulo III sobre anticoncepción. En ese capítulo, la discusión se centra en la obligación del Estado de asegurar que los métodos anticonceptivos sean escogidos libremente luego de una adecuada consejería sobre las opciones anticonceptivas disponibles y los riesgos y beneficios asociados a cada método. También es un tema mencionado en el Capítulo VI sobre VIH/SIDA, que aborda el derecho a otorgar

consentimiento antes de someterse a pruebas. El principio según el cual los individuos tienen el derecho a decidir si desean limitar su fecundidad y con qué medios hacerlo es un tema que se aborda nuevamente en el Capítulo IX sobre políticas de población. Finalmente, el tema del consentimiento también es abordado en el Capítulo X sobre adolescentes, que analiza la capacidad de los adolescentes de otorgar su consentimiento para recibir información y servicios de salud sexual y reproductiva.

Derechos de los adolescentes

El Capítulo X de *Los derechos reproductivos a la vanguardia* está dedicado a los derechos reproductivos de los adolescentes. No obstante, debido a que las adolescentes tienen casi las mismas preocupaciones de salud sexual y reproductiva que las mujeres adultas, todos los temas tratados en *Los derechos reproductivos a la vanguardia* también afectan a los adolescentes en general. Esto se aprecia particularmente en el caso de la mutilación genital femenina (MGF) (Capítulo V), práctica que a menudo se realiza a mujeres adolescentes. Las inquietudes de los y las adolescentes también se plantean en los Capítulos III y IV, que se centran en el acceso a anticoncepción y al aborto, respectivamente. Finalmente, el matrimonio infantil (ver Capítulo VII: Derechos de Matrimonio) y la trata y explotación (ver Capítulo VIII: Violencia contra las mujeres) son prácticas que victimizan a un gran número de niñas adolescentes.

Acceso a atención para las mujeres de bajos ingresos

Otro tema importante de *Los derechos reproductivos a la vanguardia* son las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres de bajos ingresos. Las mujeres con menos recursos son las más afectadas por las restricciones a los servicios de atención en salud que imponen los Estados y por el fracaso de éstos en garantizar acceso universal a atención. El derecho de las mujeres de bajos ingresos a obtener servicios de salud es un tema que se trata en el Capítulo II sobre embarazo y parto sin riesgos, en el Capítulo III sobre anticoncepción, en el Capítulo IV sobre aborto, y en el Capítulo VI sobre VIH/SIDA. Cada capítulo destaca las iniciativas emprendidas por los Estados para que los servicios sean gratuitos en los establecimientos de salud estatales.

Una nota sobre derechos sexuales

La frase “derechos reproductivos” se usa en este informe para referirse a una serie de derechos relacionados con la atención y la toma de decisiones en salud reproductiva. Existe una superposición considerable entre estos derechos y aquellas garantías y libertades que a menudo se denominan “derechos sexuales”. Es importante mencionar que varios de los temas que se abordan en este informe—incluido el acceso a anticoncepción, estar libre de la mutilación genital femenina y la violencia sexual, la prevención contra el VIH/SIDA, y los derechos dentro del matrimonio—comprometen tanto los derechos sexuales como los derechos reproductivos de las mujeres.

Actualizaciones e información adicional

El Centro de Derechos Reproductivos monitorea los avances legales y de políticas en todo el mundo. En el sitio web del Centro, www.reproductiverights.org estarán disponibles actualizaciones periódicas, así como textos completos de leyes y políticas. El Centro agradece cualquier información sobre leyes y políticas recientemente adoptadas que afecten los derechos reproductivos. Este tipo de información puede ser enviada a info@reprorights.org.

TABLA DE ABREVIATURAS Y GLOSARIO

Abreviatura	Término completo y definición
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados: Agencia de la ONU dedicada a ayudar a las personas desarraigadas/ desplazadas del mundo, satisfaciendo sus necesidades básicas y buscando soluciones a largo plazo a sus problemas.
AE	Anticoncepción de emergencia: incluye las píldoras anticonceptivas de emergencia, que pueden ser tomadas hasta 120 horas después de una relación sexual sin protección (no obstante, las píldoras de AE deben ser tomadas lo antes posible para maximizar su eficacia), y el dispositivo intrauterino (DIU) T de Cobre, que puede ser insertado hasta siete días después de una relación sexual sin protección.
Agencias de la ONU	Organizaciones dentro del sistema de la ONU, incluidos PNUD, UNFPA, UNICEF y ACNUR, que buscan el desarrollo de metas a nivel mundial en cada uno de sus mandatos individuales.
Banco Mundial	Institución internacional de préstamos que provee asistencia financiera y apoyo técnico a países de bajos ingresos de todo el mundo.
Carta Africana sobre los Derechos del Niño	Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño: tratado regional de derechos humanos que protege los derechos de los niños en África.
Carta de Banjul	Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos: Tratado regional sobre derechos humanos vigente en el continente africano.
CDH	Comité de Derechos Humanos: Organismo que monitorea el cumplimiento de los Estados parte del Pacto de Derechos Civiles y Políticos.
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer: Tratado internacional que codifica las obligaciones de los Estados en lo que respecta a la eliminación de la discriminación contra las mujeres.
CIPD	La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas se llevó a cabo en 1994, en El Cairo, Egipto. En esta conferencia se reunieron líderes del mundo, funcionarios de alto rango, representantes de organizaciones no gubernamentales y de organismos de la ONU para acordar un Programa de Acción.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)	La CIDH es un organismo autónomo de la Organización de Estados Americanos (OEA). Su mandato surge de la Carta de la OEA y de la Convención Americana sobre Derechos Humanos y se encarga de promover el cumplimiento y la defensa de los derechos humanos. En particular, sus siete miembros independientes reciben demandas individuales según la Convención Americana sobre Derechos Humanos; buscan llegar a un acuerdo amistoso; y, de fallar en esto, pueden decidir presentar el caso a la Corte Interamericana de Derechos Humanos.
Comité CEDAW	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Organismo de las Naciones Unidas a cargo de monitorear la implementación de CEDAW de parte de los Estados.
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Organismo encargado de monitorear las obligaciones de los Estados signatarios del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
Conferencia de Beijing	Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer 1995: Conferencia mundial sobre los derechos humanos de la mujer.
Consejo de Europa	Organización política general compuesta por 46 países de Europa; posee un fuerte componente de derechos humanos. No debe confundirse con la Unión Europea (UE), el principal organismo económico regional de Europa, que cuenta con 25 Estados miembros. Todos los miembros de la UE son miembros del Consejo de Europa.
Convención Americana	Convención Americana sobre Derechos Humanos: Tratado regional sobre derechos humanos vigente en el continente americano.
Convención Europea	Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales: Tratado regional sobre derechos humanos dentro del Consejo de Europa.
Convención sobre los Derechos del Niño	Convención sobre los Derechos del Niño: Tratado internacional que ratifica los derechos humanos de los niños.
Corte Africana de Derechos Humanos	Corte Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos: Una corte creada recientemente, constituida por el Protocolo a la Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos Acerca de la Creación de la Corte Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1998), que entró en vigencia en enero de 2004 y que ha sido creada para complementar la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos. La Corte tiene el mandato de recibir demandas individuales, así como de emitir opiniones de asesoramiento en ciertas circunstancias.

Corte Interamericana de Derechos Humanos	La Corte también opera bajo los auspicios de la OEA y su mandato proviene de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Fue establecida en 1979, luego de la entrada en vigencia de la Convención y cuenta con siete jueces independientes. Entre sus obligaciones, la Corte recibe demandas contra Estados procesados por la CIDH, que determina la presentación del caso ante la Corte Interamericana.
Declaración Universal	Declaración Universal de Derechos Humanos: Instrumento de derechos humanos de la ONU, fundamento de la ley moderna internacional sobre derechos humanos.
Derecho Internacional	Conjunto de principios y normas legales que son decididas e implementadas por los Estados a nivel internacional. Basado en tratados, derecho consuetudinario y principios generales del derecho.
MGF	Mutilación genital femenina: Denominación general otorgada a las diversas prácticas que involucran el corte de los genitales femeninos.
Observaciones finales	Comentarios y recomendaciones hechos por el respectivo órgano de vigilancia de los tratados al Estado Parte que presenta información.
OIT	Organización Internacional del Trabajo: Organismo de las Naciones Unidas dedicado a fomentar la justicia social, los derechos humanos y laborales internacionalmente reconocidos.
OMS	Organización Mundial de la Salud: Agencia de la ONU dedicada a investigar y promover la salud pública en todo el mundo.
ONG	Organización no gubernamental.
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA: Agencia de la ONU dedicada a actividades relacionadas con el VIH/SIDA a nivel mundial.
Pacto de Derechos Civiles y Políticos	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos: Tratado internacional que protege los derechos humanos civiles y políticos del individuo.
Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Tratado internacional que protege los derechos humanos económicos, sociales y culturales de los individuos.
Plataforma de Acción de Beijing	Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer: Documento de consenso adoptado por las naciones participantes en la Conferencia de Beijing.

PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: Agencia de la ONU dedicada a financiar y apoyar iniciativas de desarrollo en países de bajos ingresos.
Prácticas nocivas para las mujeres	Prácticas tradicionales nocivas para la salud y los derechos de las mujeres, entre las que se incluye el matrimonio infantil y la MGF.
Programa de Acción de la CIPD	Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de Naciones Unidas: Documento de consenso adoptado por las naciones que participaron en la conferencia
Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África	Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de la Mujer en África: Tratado que garantiza un amplio conjunto de derechos civiles y políticos de la mujer, así como derechos generales económicos, sociales y culturales. El protocolo explícitamente garantiza el derecho a la salud y los derechos reproductivos de las mujeres.
TEDH	Tribunal Europeo de Derechos Humanos: Tribunal con jurisdicción sobre los estados signatarios del Consejo de Europa para hacer cumplir la Convención Europea de Derechos Humanos.
Órganos de vigilancia	Órganos de vigilancia de los tratados: Comités de la ONU que supervisan el cumplimiento por parte los gobiernos de los principales tratados de la ONU sobre derechos humanos. Los órganos de vigilancia influyen en los gobiernos al emitir observaciones específicas sobre los avances y el cumplimiento de los Estados en lo que respecta a sus obligaciones en materia de derechos humanos y, en algunos casos, considera demandas individuales contra los Estados.
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas: Agencia de la ONU dedicada a financiar y apoyar programas de población y salud reproductiva en países de bajos ingresos.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: Agencia de la ONU dedicada a defender y promover la protección de los derechos de los niños.
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional: Organismo del gobierno de EE.UU. responsable de financiar y supervisar los programas de asistencia que mantiene EE.UU. a nivel mundial.

CAPÍTULO I

Uso de *advocacy* legal para la promoción de los derechos reproductivos*

[L]os derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones o violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5–13 de septiembre, 1994, Doc. de la ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995).

Los derechos reproductivos se encuentran garantizados en los tratados internacionales y regionales de derechos humanos. No obstante, si no se los reconoce ni se les da vigencia a nivel nacional, tales garantías no son más que promesas vacías. Las experiencias y el desarrollo en el ámbito legal de países en todo el mundo pueden ofrecer a los defensores de los derechos reproductivos ejemplos de leyes y políticas que, en algunos casos, pueden empujar el *advocacy* a generar reformas. Estos ejemplos de leyes y políticas también pueden señalar tendencias regionales y mundiales, y dar contenido específico a principios abstractos de derechos humanos.

Este capítulo introductorio analiza qué se entiende por “derechos reproductivos”, las ventajas de usar un marco de derechos reproductivos, y cómo pueden usarse las leyes y políticas para promover los derechos reproductivos. A continuación de este análisis se presenta una visión general de algunas de las barreras que suelen encontrarse en la defensa y promoción de los derechos reproductivos a nivel nacional. Finalmente, concluye con un breve análisis del papel de los defensores y/o activistas de derechos luego de una reforma legislativa exitosa.

1. ¿QUÉ SON LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS?

Los derechos reproductivos se encuentran firmemente arraigados en los principios más básicos de los derechos humanos. Estos derechos protegen diversos intereses. No obstante, en términos generales, los derechos reproductivos abarcan dos principios—el derecho a la atención en salud reproductiva y el derecho a la autodeterminación reproductiva.

* N del T: El término *advocacy* se utilizará en este documento para referirse a la realización de actividades de defensa y promoción.

A. El derecho a la atención en salud reproductiva

La salud reproductiva constituye un aspecto fundamental del bienestar de la mujer. Sin un acceso regular a servicios seguros y de buena calidad, las mujeres se vuelven vulnerables a una serie de consecuencias negativas, entre las que se pueden incluir la muerte o lesiones durante el parto, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual (ITS). Así, el derecho a la atención en salud reproductiva da origen a la obligación de los Estados tanto de asegurar la disponibilidad de los servicios en salud reproductiva como de eliminar las barreras legales para este tipo de atención. La atención integral en salud reproductiva debe incluir medidas para promover embarazos y partos seguros; prevenir y tratar el VIH/SIDA y otras ITS; ofrecer servicios de aborto, tratamientos de infertilidad y una amplia variedad de métodos anticonceptivos de buena calidad (incluida la anticoncepción de emergencia). Estas medidas deben estar disponibles para todas las mujeres, incluidas las adolescentes.

El derecho a la atención en salud reproductiva se encuentra arraigado en las disposiciones de los instrumentos internacionales sobre derechos humanos que protegen la vida y la salud. El derecho a la vida se encuentra protegido por la mayoría de los principales instrumentos sobre derechos humanos, incluida la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Pacto de Derechos Civiles y Políticos).¹ El Comité de Derechos Humanos, organismo que supervisa el cumplimiento del Pacto de Derechos Civiles y Políticos, ha interpretado este derecho precisando que su garantía exige a los Estados adoptar “medidas positivas” orientadas a preservar la vida, así como también medidas para “disminuir la mortalidad infantil y aumentar la esperanza de vida...”.²

El derecho a la salud se encuentra reconocido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), mediante el cual los Estados “reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.³ La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁴ Haciendo eco de la definición general de la OMS de salud, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) define “salud reproductiva” como el bienestar total “en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos”.⁵

Si bien el derecho a la salud no garantiza una salud perfecta para todos, abarca la obligación estatal de asegurar que la atención de la salud esté disponible. El Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales exige a los Estados crear “condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.⁶

La obligación de proveer servicios de salud reproductiva encuentra apoyo particularmente en el principio de la no discriminación. Los Estados deben asegurar el derecho a la vida y a la salud sin discriminación por sexo.⁷ Con el fin de asegurar el disfrute igualitario de los derechos a la vida y a la salud, los Estados deben tomar en consideración las necesidades particulares de mujeres y hombres. Dado que la atención en salud reproductiva resulta fundamental para el bienestar de las mujeres, los Estados deben tomar medidas positivas para asegurar que dicha atención se encuentre disponible y resulte accesible a todas las mujeres. Este principio es reconocido de manera explícita en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), que estipula que los Estados parte deben tomar “las medidas apropiadas para eliminar la

discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive aquellos que se refieren a la planificación familiar”.⁸ El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), organismo de la Organización de Naciones Unidas (ONU) que monitorea el cumplimiento de la CEDAW, ha abordado las obligaciones estatales en relación con la atención en salud reproductiva. En su Recomendación General sobre Mujeres y Salud (Recomendación sobre Salud), declara que los Estados partes deben “garantizar el acceso universal de todas las mujeres a una plena variedad de servicios de atención en salud de gran calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva”.⁹

Los Estados también se encuentran obligados a eliminar las barreras legales a la atención en salud reproductiva. En su Recomendación sobre Salud, el Comité CEDAW declaró que: “...El acceso de la mujer a una adecuada atención médica también se enfrenta con otros obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a las mujeres y castigan a las que se someten a dichas intervenciones”.¹⁰ Entre tales barreras legales a la salud reproductiva se encuentran las leyes que prohíben el aborto y penalizan la esterilización voluntaria.

B. El derecho a la autodeterminación reproductiva

El derecho a la autodeterminación reproductiva está respaldado por el derecho a la integridad física, el derecho a la intimidad, el derecho a planificar la propia familia, y el derecho a estar libre de todas las formas de violencia y coerción que afectan la vida sexual o reproductiva de una mujer.

El derecho a la integridad física se encuentra formalmente reconocido en las disposiciones de los tratados que estipulan la protección del derecho al respeto por la dignidad humana y los derechos a la libertad y a la seguridad personal.¹¹ El derecho a la integridad física también se encuentra explícitamente protegido en el artículo 4 de la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul) y en el artículo 5(1) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos.¹² Por ejemplo, negar a una mujer la opción de evitar un embarazo o parto, interfiere con su derecho a decidir sobre un aspecto que tiene tremendas implicaciones sobre su cuerpo y su libertad personal. Además, las decisiones que se toman respecto del propio cuerpo—en particular aquellas que afectan la capacidad reproductiva—se encuentran en el dominio de las decisiones privadas y, por lo tanto, están protegidas de intromisiones por el derecho a la intimidad.

El derecho a planificar la propia familia ha sido definido en instrumentos internacionales como el derecho a determinar “de manera libre y responsable” el número de hijos y el espaciamiento entre los nacimientos, y a contar con la información y los medios necesarios para hacerlo. Este principio ha sido afirmado en muchos documentos de consenso adoptados en conferencias de la ONU durante las últimas tres décadas, dándosele fuerza legal en la CEDAW.¹³ El derecho a planificar la propia familia implica una obligación gubernamental de asegurar que hombres y mujeres tengan acceso igualitario a una completa variedad de opciones anticonceptivas, así como también a información y servicios de salud reproductiva.

La autodeterminación reproductiva también implica el derecho a estar libre de todas las formas de violencia y coerción que afectan la vida sexual o reproductiva de las mujeres. El Programa de Acción de la CIPD indica que las mujeres tienen derecho a “adoptar decisiones relativas a la reproducción

sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia”.¹⁴ La Asamblea General de la ONU, en su Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, señala que “la violencia contra la mujer” comprende la violencia basada en el género que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento sexual para la mujer.¹⁵ La violencia suele estar dirigida específicamente a la capacidad sexual o reproductiva de la mujer. La violación y otras formas de violencia sexual y la esterilización forzada o por coerción son ejemplos de los tipos de violencia que infringen la autodeterminación sexual y reproductiva.

2. ¿POR QUÉ ES NECESARIO UN MARCO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS?

Un marco de derechos reproductivos ayuda a promover la salud reproductiva y apodera a las mujeres para que aborden las condiciones sociales que ponen en riesgo su salud y sus vidas. Muchas violaciones de los derechos reproductivos—incluido el aborto realizado en condiciones de riesgo, las muertes maternas, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil—son ampliamente toleradas y aceptadas ya sea como algo natural e inevitable, o como algo tradicional y necesario. No obstante, a la luz de los derechos reproductivos, estas experiencias constituyen violaciones de derechos que los Estados tienen la obligación de afrontar. El reconocimiento de la responsabilidad legal de los Estados abre la puerta al *advocacy* y a las reformas legales y políticas.

Más allá, los compromisos de los Estados—asumidos en importantes conferencias internacionales tales como la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Conferencia de Beijing) en 1995,¹⁶ la CIPD en 1994¹⁷ y la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Conferencia de Viena) en 1993¹⁸—han creado el marco para transformar las declaraciones sobre derechos reproductivos en una realidad para las mujeres.

Más recientemente, con la adopción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de la ONU en el año 2000, los Estados han acordado que abordar la salud reproductiva de la mujer resulta clave para promover la igualdad de género y el derecho al desarrollo. En el documento producido en la Cumbre Mundial 2005, los líderes de todo el mundo redefinieron estas metas reconociendo su compromiso de lograr el acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015.¹⁹ Estos líderes afirmaron su compromiso de erradicar la violencia contra mujeres y niñas, promover la igualdad de género, combatir el VIH/SIDA y asegurar el acceso igualitario a la salud reproductiva.²⁰ El documento, titulado Documento Final de la Cumbre Mundial 2005, también reitera la importancia de eliminar las inequidades por género en educación; garantizar los derechos de las mujeres a la propiedad en condiciones de igualdad; y asegurar el acceso igualitario a puestos de trabajo y a recursos.²¹

La salud y los derechos de las mujeres se mantienen en la agenda política internacional y han ganado fuerza en la legislación internacional. Muchos Estados han empezado a transformar sus compromisos y obligaciones en un cambio significativo, al introducir leyes y políticas nacionales que respeten, protejan y satisfagan los derechos reproductivos de las mujeres. Resulta crucial que los defensores de los derechos procuren que los Estados cumplan sus compromisos y busquen a los responsables de las violaciones de los derechos reproductivos.

3. ¿CÓMO PUEDEN LOS TRATADOS INTERNACIONALES Y REGIONALES SOBRE DERECHOS HUMANOS PROMOVER LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS A NIVEL NACIONAL?

Los tratados internacionales y regionales sobre derechos humanos pueden fortalecer considerablemente el *advocacy* a nivel nacional. Al ratificar los tratados, los Estados asumen una obligación legal y un compromiso público para defender los derechos protegidos en esos tratados. Además, los tratados ayudan a los defensores y/o activistas de derechos a expresar la naturaleza y el contenido de los derechos humanos de las mujeres y pueden ser usados para crear conciencia de estos derechos.

El contenido de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de acuerdo a la ley internacional se explica con mayor detalle en la labor de los comités de la ONU (conocidos como órganos de vigilancia de los tratados), que monitorean el cumplimiento del Estado de los derechos y obligaciones que apoyan los principales tratados internacionales de derechos humanos. Estos organismos emiten recomendaciones específicas para cada país, luego de una revisión periódica del cumplimiento por parte de los Estados parte de sus obligaciones establecidas en los tratados. Las recomendaciones pueden ser usadas por los defensores de los derechos para llamar la atención del público sobre las obligaciones de los Estados de acuerdo con la ley internacional y sobre las falencias en el cumplimiento. Los comités también emiten comentarios generales para ayudar a todos los Estados miembros a interpretar las amplias disposiciones de los tratados internacionales de derechos humanos. Si bien estas interpretaciones no tienen fuerza legal, explican en mayor detalle el contenido y el significado de ciertos derechos y facilitan una mejor observancia de los mismos. Por lo general, tanto los comentarios generales de los comités como sus observaciones finales han incluido la salud sexual y reproductiva para mujeres.²²

Los tratados y mecanismos regionales sobre derechos humanos pueden servir como puente entre las leyes nacionales y los instrumentos internacionales más amplios sobre derechos humanos. Se ha argumentado que los tratados y organizaciones regionales tienen mayor probabilidad que sus equivalentes a nivel mundial de tener un impacto sobre los derechos humanos a nivel local, ya que es menos probable que se considere a los acuerdos regionales como impuestos por personas ajenas a la realidad.²³ Un sistema regional de derechos humanos eficaz se basa en las tradiciones legales, políticas, socioeconómicas e intelectuales comunes de una región.²⁴ Entre los organismos regionales de derechos humanos se incluyen la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos; la Corte Europea de Derechos Humanos; la Comisión Africana de Derechos Humanos y la recientemente establecida Corte Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos.²⁵ Estos órganos pueden interpretar tratados regionales sobre derechos humanos y decidir si ha ocurrido una violación, y algunos pueden determinar reparaciones o emitir decisiones con fuerza legal.

4. EL PAPEL DE LAS LEYES Y POLÍTICAS NACIONALES EN LA PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

El mundo puede mejorar esa situación. Las soluciones son bien conocidas y eficaces: ... eliminar las barreras que impiden la participación de la mujer en condiciones de igualdad en la vida social, cultural, económica y política... y la implementación de leyes y políticas que promuevan y protejan la gama completa de los derechos humanos internacionalmente acordados, inclusive el derecho a la salud sexual y la salud reproductiva. Todas esas acciones se condensan en el concepto de “igualdad”. La igualdad es un fin en sí mismo y también una condición básica del desarrollo.

Thoraya Ahmed Obaid, Directora Ejecutiva, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Declaración con motivo del Día Mundial de la Población* (11 de julio, 2005).

La ratificación de tratados por parte de los Estados es apenas un primer paso hacia el cambio social. Se debe hacer mucho más para transformar los compromisos asumidos por los Estados en acciones concretas. En primer lugar, éstos deben tomar medidas para asegurar que la legislación nacional sea compatible con los tratados que han ratificado. Además, una vez que se ha ratificado un tratado, cualquier legislación futura a nivel nacional debe revisarse para asegurar su compatibilidad con el tratado.

Las leyes y políticas crean el marco a través del cual los Estados influyen en el comportamiento de las personas que viven dentro de sus jurisdicciones. No obstante, es importante recordar que el nivel en que las leyes y las políticas influyen en la vida de las personas depende de que estas medidas se implementen y se hagan cumplir. Por ejemplo, las leyes orientadas a asegurar el consentimiento informado y la calidad de la atención en los establecimientos de salud reproductiva tienen poca injerencia si no existe un compromiso por parte del Estado de capacitar a los trabajadores de salud en el respeto de los derechos reproductivos. De manera similar, las leyes que aseguran el libre acceso a servicios de salud reproductiva, entre los que puede incluirse el aborto, sólo pueden implementarse si se ha invertido en establecimientos que estén equipados y autorizados para llevar a cabo estos servicios. No obstante, las leyes y políticas formales son indicadores cruciales del compromiso de un Estado a promover los derechos reproductivos de las mujeres. Éstos deben asegurar el respeto por los derechos reproductivos en la Constitución, la legislación y las políticas nacionales. Los tribunales tienen un papel crucial en la protección de los derechos de las mujeres más vulnerables y en la promoción del desarrollo de las normas sobre derechos reproductivos.

Las leyes y políticas pueden asumir distintas formas a nivel nacional. A continuación se presenta una visión general de los tipos de medidas que abordan los derechos reproductivos.

A. Protecciones constitucionales

La mayoría de los países, como partes de tratados internacionales de derechos humanos, han reconocido los derechos fundamentales de mujeres y niñas. Estos derechos deben estar consagrados en constituciones nacionales, que tengan una fuerza legal superior a la de otras leyes parlamentarias y ejecutivas, y superior a la de normas consuetudinarias y religiosas. La Constitución de una nación

es su norma de mayor jerarquía. Todas las acciones legislativas y de gobierno deben ajustarse a las disposiciones establecidas en la Constitución. Las medidas constitucionales que defienden los derechos de las mujeres tienen una importancia fundamental y pueden determinar las acciones de un gobierno. Muchas constituciones ofrecen reparaciones que pueden servir de base para litigar las violaciones de los derechos de las mujeres.

Las constituciones no deben ser ambiguas al asegurar la igualdad ante la ley de mujeres y hombres en todos los aspectos. Por ejemplo, las constituciones de Ghana y Uganda contienen disposiciones que protegen a las mujeres de prácticas tradicionales nocivas (ver Capítulo V: Prácticas nocivas—La mutilación genital femenina). Los efectos legales de tales protecciones constitucionales varían dependiendo del sistema legal de cada país. Una disposición de carácter constitucional orienta a los miembros de gobierno en la preparación e implementación de leyes y políticas. Además, en muchos países, es posible que un organismo judicial tenga el poder de revocar leyes y políticas que no son consistentes con una protección de tales características.

La eficacia de las protecciones constitucionales contra la discriminación y la inequidad a veces se ve gravemente debilitada por disposiciones que pueden llevar las cosas al estado en que se encontraban anteriormente (*clawback clauses*).²⁶ En estas instancias, algunas constituciones declaran explícitamente que las garantías de no discriminación no se aplican a los aspectos gobernados por la ley consuetudinaria y religiosa. Dado que las leyes consuetudinarias y religiosas con frecuencia regulan aspectos tales como el matrimonio y la sucesión, la negativa de un gobierno a hacer cumplir la garantía de igualdad a favor de las mujeres en el ámbito regulado por las leyes consuetudinarias y religiosas puede traducirse en una perpetuación de las condiciones que llevan a la subordinación de la mujer (ver Capítulo VII: Derechos de matrimonio).

Los actuales esfuerzos de muchos países por reformar sus constituciones presentan oportunidades tanto favorables como desfavorables. Las reformas constitucionales ofrecen la oportunidad de eliminar las disposiciones discriminatorias y reemplazarlas con un lenguaje que garantice la igualdad de las mujeres, en particular si los defensores de derechos humanos aseguran la promoción de los derechos de las mujeres a lo largo del proceso de reforma. No obstante, grupos conservadores también pueden aprovechar la oportunidad para introducir disposiciones que restrinjan los derechos sexuales y reproductivos, como definir que el derecho a la vida comienza desde el momento de la concepción o declarar por fuera de la ley el matrimonio de personas del mismo sexo.

B. Legislación

La legislación no sólo determina qué es y no es legal, sino que también perfila la responsabilidad del gobierno en el cumplimiento de esas normas y la protección de los derechos. La insuficiencia de las leyes existentes, o la ausencia de leyes sobre aspectos relacionados con las mujeres pueden afectar el reconocimiento y la protección de sus derechos. Por ejemplo, la violencia contra la mujer es un tema que a menudo ha sido descuidado o tratado de manera superficial por la legislación nacional. La reforma legal puede remediar estos huecos, tal como queda en evidencia en la reciente ampliación de la definición de los delitos sexuales en Colombia, que elimina un vacío legal (ver Capítulo VIII: Violencia contra las mujeres).

Las leyes, sin importar cuan bien hayan sido redactadas, sólo son eficaces en la medida en que su aplicación e interpretación judicial también lo sean. Para que una legislación positiva mejore la vida de las mujeres, ésta debe ir acompañada de un compromiso por parte del gobierno de asegurar que el poder judicial y las actividades orientadas al cumplimiento de la ley la respeten y comprendan a cabalidad.

C. El marco regulador

Luego de una reforma legislativa suelen expedirse normas que indican cómo el poder ejecutivo implementará la nueva ley. Estas regulaciones abordan aspectos técnicos relacionados con la implementación y algunas veces ofrecen una interpretación oficial del lenguaje legislativo. Por ejemplo, en el año 2000, el Distrito Federal de México reformó el Código Penal del distrito, expandiendo los motivos por los cuales el aborto no está penalizado, que ahora incluyen el riesgo para la salud de la mujer. Dos años después, el Ministerio de Salud del Distrito Federal expidió normas de implementación que interpretaban de manera explícita el Código para permitir el aborto cuando haya riesgo para la salud mental o física de una mujer (ver Capítulo IV: Aborto).

D. Políticas

Las políticas integrales se encuentran dentro de las principales expresiones del compromiso del gobierno por satisfacer las necesidades de sus electores. Las políticas, al igual que la regulación, son adoptadas por el poder ejecutivo del gobierno, que se compromete a actuar, articular las medidas necesarias, y dividir las tareas entre los actores del gobierno. Por ejemplo, Nepal adoptó una política radical que exige a las agencias de gobierno tomar medidas concertadas para promocionar la salud de los adolescentes (ver Capítulo X: Derechos reproductivos de los adolescentes). Los Estados pueden y deben ser responsabilizados políticamente en lo que respecta al cumplimiento de sus propios compromisos en cuanto a sus políticas públicas.

E. Uso de los tribunales

El litigio, que no es abordado en esta publicación, sigue siendo una de las herramientas más importantes para lograr un cambio. A través del litigio, un cambio en la ley o en su aplicación puede tener un alcance más allá del caso concreto o de un cliente determinado, y puede afectar a la sociedad como un todo. El litigio también puede ser una poderosa herramienta para crear conciencia en el público sobre un asunto en particular. Por ejemplo, en Colombia la reciente decisión de la Corte Constitucional abolió la prohibición total del aborto en el país, y estableció que el procedimiento es legal cuando la vida o la salud de la mujer se encuentran en riesgo, así como en casos de violación, incesto y malformación fetal grave.²⁷ A pesar de su potencial impacto, el litigio aún debe usarse sistemáticamente para proteger y asegurar de mejor manera los derechos reproductivos.

5. DESAFÍOS CLAVE EN LA DEFENSA Y PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

El derecho fundamental a la igualdad ha sido afirmado y reafirmado reiteradamente en conferencias y otros foros públicos en los cuales participan los Estados. Sin embargo, en un número abrumador de países, aún se mantienen en vigor leyes que perpetúan la discriminación basada en la condición personal, situación económica, estado civil y al momento de buscar ayuda en casos de violencia. La existencia de estas leyes en los códigos no es lo único que actúa contra las mujeres, sino también la discriminación en el cumplimiento de la ley; la denegación de igualdad de oportunidades en educación y empleo; la negación de derechos a la propiedad, a la sucesión y a poseer tierra; la exclusión de las mujeres de la representación política; la privación de los derechos sexuales y reproductivos; y el uso de fuerzas sociales y violencia física para intimidar y subordinar a las mujeres, constituyen violaciones fundamentales del derecho humano a la igualdad. Los Estados y las sociedades deben respetar los derechos humanos de las mujeres en todas las distintas situaciones que ellas viven.

Mary Robinson, Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y Secretaria General de la Conferencia Mundial contra el Racismo, *Mujeres 2000: Igualdad de género, desarrollo y paz para el siglo XXI*, discurso ante el comité preparatorio para la sesión especial de la Asamblea General (6 de marzo, 2000).

A. Extremismo religioso

El extremismo y fundamentalismo religiosos imponen serios desafíos a la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.²⁸ Muchas mujeres viven en países en que los funcionarios públicos se basan en las interpretaciones realizadas por la religión dominante para justificar los incumplimientos y violaciones de estos derechos. Si bien existe un considerable debate en la mayoría de las religiones sobre aspectos clave de moralidad, incluidos los derechos sexuales y reproductivos, este debate con frecuencia es silenciado por extremistas religiosos. En muchas instancias, los extremistas han logrado formular los asuntos de los derechos reproductivos en términos absolutistas que ignoran tanto las realidades de la vida de las mujeres como la evidencia científica.

La resistencia de la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos (FDA) a que la anticoncepción de emergencia (AE) se encuentre disponible sin necesidad de receta médica es un importante ejemplo de que el fundamentalismo religioso vence a la evidencia científica.²⁹ A pesar de la extensa investigación científica que demuestra la seguridad de la AE y las recomendaciones de los expertos de la propia FDA, los funcionarios de la FDA adoptaron la postura de los evangélicos y conservadores sociales respecto de que la disponibilidad de la AE fomenta una conducta sexual irresponsable.³⁰ Luego de un retraso de más de tres años, la FDA ha aceptado que la AE se encuentre disponible sin necesidad de una receta médica sólo para las mujeres mayores de 18 años.³¹

Los extremistas religiosos también han logrado que las consideraciones religiosas se entrometan en la relación entre la mujer y los proveedores de salud. Por ejemplo, algunos médicos se niegan a realizar abortos o a ofrecer la remisión necesaria a un médico que realice el procedimiento (ver Capítulo IV: Aborto).

B. Barreras económicas

El *advocacy* por el derecho a la salud suele presentarse dentro del contexto de la extrema pobreza. Más de mil millones de personas en todo el mundo luchan por sobrevivir con menos de un dólar al día; en general, 2.700 millones de personas se las arreglan con menos de dos dólares al día.³² Incluso donde existe la voluntad política para promover los derechos reproductivos, es posible que no existan recursos financieros disponibles. Las decisiones de presupuesto y las acciones del gobierno, en particular en los países menos desarrollados, también pueden estar sujetas a condiciones establecidas por instituciones financieras internacionales, tales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI), y al aporte de gobiernos donantes. Por ejemplo, muchos países de bajos ingresos han acordado seguir políticas de ajuste estructural con el fin de calificar para los préstamos del Banco Mundial y del FMI, o como parte de pago de la deuda de préstamos anteriores.³³ Los críticos de estas políticas argumentan que el repago de la deuda se enfatiza a costas de la provisión de servicios sociales, y que al depender de las fuerzas del mercado se están ignorando las necesidades de los pobres.³⁴ En el área de atención en salud, las condiciones establecidas por las entidades crediticias a menudo han incluido un cambio para descentralizar el financiamiento de servicios de atención en salud e imponer tarifas a los usuarios, lo que ha tenido consecuencias devastadoras.³⁵

Si bien se suele considerar que las violaciones de derechos son responsabilidad de los Estados en cuya jurisdicción ocurren, la comunidad internacional también tiene obligaciones respecto de los derechos humanos en estas instancias. Las Pautas de Maastricht sobre Violaciones de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reafirman de manera autoritaria las obligaciones de los Estados adheridos al Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, han enfatizado que los Estados deben asegurar que las “violaciones no sean resultado de los programas y políticas de las organizaciones de las cuales son miembros”.³⁶ Las pautas también enfatizan que las organizaciones internacionales, incluidas las instituciones financieras, deben “corregir sus políticas y prácticas de modo que no se traduzcan en la privación de derechos económicos, sociales y culturales”.³⁷ El Documento Final de la Cumbre Mundial 2005 también llama a la eliminación, donde sea apropiado, de las tarifas a usuarios para atención en salud.³⁸

C. Discriminación dual o múltiple

La vulnerabilidad de las mujeres a la violación de sus derechos puede aumentar por una variedad de factores, incluida su edad, religión, ingresos, antecedentes étnicos o raciales, y nacionalidad. Por ejemplo, las mujeres roma (también conocidas como gitanas), que pertenecen a un grupo minoritario con una larga historia de discriminación, fueron el blanco de la esterilización forzada y coactiva del gobierno eslovaco (ver Capítulo III: Anticoncepción). Las violaciones de los derechos reproductivos ocurren con mayor frecuencia en las áreas rurales que en las áreas urbanas, y es más probable que en las áreas rurales no se tomen en cuenta. Las estrategias eficaces de *advocacy* deben reconocer y abordar las formas en que múltiples fuentes de discriminación pueden traslaparse y exacerbarse unas con otras.

D. Discrepancia entre las leyes consuetudinarias y formales

Las leyes basadas en la religión y la tradición que rigen el matrimonio, divorcio, sucesión, títulos de propiedad y custodia pueden institucionalizar la desigualdad dentro del matrimonio y socavar la capacidad de las mujeres de ejercer su derecho constitucional a la igualdad. Tales leyes suelen legitimar las prácticas discriminatorias y a veces violentas dentro del hogar, otorgando a estas costumbres un aura de santidad y eximiéndolas del escrutinio público. Estas leyes pueden coexistir con las garantías legales formales de la igualdad de las mujeres, lo que de hecho priva a las mujeres del beneficio de iniciativas legislativas nacionales que promueven la justicia social. Los Estados deben invalidar específicamente las leyes religiosas y tradicionales que debilitan los derechos básicos de las mujeres, tal como se está haciendo en países en todo el mundo, incluidos Turquía y Marruecos (ver Capítulo VII: Derechos de matrimonio).

E. Falta de mecanismos legales de responsabilidad

El poder judicial puede ser un actor clave en el establecimiento de la responsabilidad gubernamental de asegurar los derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, la Corte Suprema de Venezuela estableció que el gobierno tenía la obligación de entregar antirretrovirales a todas las personas en Venezuela que vivieran con VIH/SIDA.³⁹ No obstante, la eficacia del poder judicial puede verse socavada de diversas formas. Algunos sistemas legales tienen pocos o ningún mecanismo para litigar sobre una causa de interés público y no cuentan con disposiciones relacionadas a las reparaciones. No obstante, en otros, las medidas constitucionales permiten a las personas y a los grupos llevar a cabo acciones legales para abordar las violaciones de derechos y ofrecer importantes reparaciones cuando se descubran violaciones.

Incluso donde existen los mecanismos para presentar tales demandas, los sistemas judiciales a veces carecen de recursos económicos y de personal. Para los países que están emergiendo de conflictos civiles o represión política, es posible que el poder judicial se encuentre subdesarrollado por la falta de uso o haya perdido credibilidad por haberse asociado a un gobierno represivo. También es posible que los jueces no cuenten con los conocimientos o el interés requeridos para enfrentar los asuntos de derechos sexuales y reproductivos. En estos casos, la educación y sensibilización del poder judicial puede ser un paso vital para usar el sistema judicial con el fin de establecer la responsabilidad del gobierno.

F. Barreras políticas

La participación en la vida pública es clave para influir en la agenda política y la distribución de los recursos públicos. Las leyes y políticas que aseguran la representación proporcional de las mujeres en organismos directivos locales y nacionales son pasos positivos que han aumentado la participación política de las mujeres en países como India, Nepal y Rwanda.⁴⁰ No obstante, hasta el momento los resultados son variados. Incluso con una mayor representación, el acceso de las mujeres al poder y a los recursos del Estado sigue siendo extremadamente limitado. Como resultado, los problemas de salud reproductiva de las mujeres por lo general siguen siendo ignorados.

6. DESPUÉS DE LA REFORMA A LA LEY: EL INICIO DE OTRA CAMPAÑA

Todo defensor de los derechos que haya trabajado por una exitosa reforma legislativa sabe que la campaña para implementar una nueva legislación puede ser tan exigente como aquella para cambiar la ley. Por ejemplo, con la aprobación de la legislación que liberaliza los motivos para acceder a un aborto, a menudo se debe crear una infraestructura completa para asegurar el acceso a servicios que antes eran ilegales. La sociedad civil debe procurar que el gobierno se haga responsable de sus compromisos y, en algunos casos, tomar la delantera respecto de la implementación.

Después de una exitosa campaña de reforma legislativa, los defensores de derechos suelen estar involucrados en la creación de conciencia sobre la aprobación de la ley y en informar a las mujeres sobre sus derechos de acuerdo a la nueva ley. Los defensores pueden participar en grupos de trabajo nacionales, a menudo en colaboración con el gobierno, para planificar la implementación de la ley. Si no se consigue asegurar el disfrute de las nuevas garantías de la ley, los defensores de los derechos pueden interponer una demanda para obtener una orden judicial que exija al gobierno proceder con la implementación.

Notas

1. Declaración Universal de Derechos Humanos, *adoptada* el 10 de diciembre, 1948, G.A. Res. 217A (III), art. 3, Doc. de la ONU A/810 (1948) [en adelante Declaración Universal]; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, G.A. Res. 2200A (XXI), ONU GAOR, 21ª Sesión, Sup. N° 16, art. 6, Doc. de la ONU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (*entrada en vigor* el 23 de marzo, 1976) [en adelante Pacto de Derechos Civiles y Políticos].
2. COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS (CDH), *Comentario General 6, Derecho a la vida*, párr. 5, 30 de julio, 1982.
3. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, G.A. Res. 2200A (XXI), ONU GAOR, Sup. N° 16, p. 49, art. 12, Doc. de la ONU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 3 (*entrada en vigor* el 3 de enero, 1976) [en adelante Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales].
4. OMS, Constitución de la Organización Mundial de la Salud, *firmada* el 22 de julio, 1946, pmb. (*entrada en vigor* el 7 de abril, 1948), *disponible en* <http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf>, visitada el 7 de febrero, 2008.
5. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5-13 de sept., 1994, párr. 7.2, Doc. de la ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995) [en adelante Programa de Acción de la CIPD].
6. Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *supra* nota 3, art. 12(2)(d).
7. Declaración Universal, *supra* nota 1, art. 2; Pacto de Derechos Civiles y Políticos, *supra* nota 1, art. 6; Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *supra* nota 3, art. 3.
8. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, *adoptada* el 18 de dic., 1979, G.A. Res. 34/180, ONU GAOR, 34ª Sesión, Sup. No. 46, p.193, art. 12(1), Doc. de la ONU A/34/46 (1979) (*entrada en vigor* el 3 de sept., 1981) [en adelante CEDAW].
9. COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (Comité CEDAW), *Recomendación General N° 24, Women and Health*, párr. 29 de feb., 1999.
10. *Ibid.*, p. 14.
11. La privacidad y la vida familiar se encuentran protegidas por el Artículo 12 de la Declaración Universal. Declaración Universal, *supra* nota 1; Artículo 17 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos, *supra* nota 1; Artículo 11 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, 22 de nov., 1969, O.A.S.T.S. No. 36, O.A.S. Off. Rec. OEA/Ser.L/V/II.23, doc. 21, rev. 6 (*entrada en vigor* el 18 de julio, 1978) [en adelante Convención Americana]; y Artículo 8(1) de la Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, *firmada* el 4 de noviembre, 1950, 213 U.N.T.S. 222 (*entrada en vigor* el 3 de sept., 1953) [en adelante Convención Europea].
12. Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos, *adoptada* el 26 de junio, 1981, art. 5(1), Doc. de la UA CAB/LEG/67/3/Rev.5, 21 I.L.M. 58 (1982) (*entrada en vigor* 21 de oct., 1986) [en adelante Carta de Banjul]; Convención Americana *supra* nota 11, art. 5(1).
13. CEDAW, *supra* nota 8, art. 16(e). “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán condiciones de igualdad entre hombres y mujeres: Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”.
14. Programa de Acción de la CIPD, *supra* nota 5, párr. 7.3.
15. Asamblea General de las Naciones Unidas, *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*, art. 1, Doc. de la ONU A/RES/48/104 (1994).
16. Declaración de Beijing y Plataforma de Acción, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, 4-15 de sept., 1995, Doc. de la ONU A/CONF.177/20 (1995) [en adelante, Plataforma de Acción de Beijing].
17. Programa de Acción de la CIPD, *supra* nota 5.
18. Declaración y Programa de Acción de Viena, Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, Austria, 14-25 de junio, 1993, Doc. de la ONU A/CONF.157/23 (1993).
19. Ver Asamblea General de las Naciones Unidas, *Documento Final de la Cumbre Mundial 2005*, Doc. de la ONU A/ Res/60/1 (2005) [en adelante Documento Final de la Cumbre Mundial 2005].
20. *Ibid.*, párr. 57(g).
21. *Ibid.*, párr. 58.
22. Ver CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS Y PROGRAMA INTERNACIONAL DE LA UNIVERSIDAD DE TORONTO SOBRE LEGISLACIÓN RELATIVA A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, *Haciendo de los Derechos una Realidad: Análisis del Trabajo de los Comités de la ONU sobre Derechos Reproductivos y Sexuales* (2002), *disponible en* <http://www.reproductiverights.org/esp_pub_bo_tmb.html>, visitada el 7 de febrero, 2008.
23. Ver GEORGE WILLIAM MUGWAGWA, “Realizing Universal Human Rights Norms through Regional Human Rights Mechanisms: Reinvigorating the African System” [La realización de las normas sobre derechos humanos a través de los mecanismos regionales sobre derechos humanos: fortalecer el sistema africano], *10 Ind. Int’l & Comp. L. Rev.* 35, 41–42 (1999); FITNAT NAA-ADJETEY, “Religious and Cultural Rights: Reclaiming the Africa Women’s Individuality: The Struggle Between Women’s Reproductive Autonomy and African Society and Culture” [Derechos religiosos y culturales: Reclamar la individualidad de las mujeres en África: La lucha entre la autonomía reproductiva de las mujeres y la sociedad y cultura africanas], *44 AM. UL. Rev.* 1354 (señalando que los derechos humanos internacionales “deben estar ligados a leyes locales e instrumentos de derechos humanos regionales para hacer que las personas comprendan que estas normas no son parte de una cultura extraña que se les impondrá”). Fitnat Naa-Adjetey Adjetej señala, “La Carta Africana debe ser usada a la máxima medida con el fin de eliminar la noción de que se

- están imponiendo ideas extranjeras a las mujeres africanas... Recurrir a los foros internacionales debe ser considerado sólo como último recurso". *Ibid.*, p. 1369.
24. MUGWAGWA, *supra* nota 23, p. 41.
 25. Para mayor información, ver CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, "Los Derechos Reproductivos en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos", (2002), *disponible en* <http://www.reproductiverights.org/pdf/pub_bp_sistema_inter.pdf>, visitada el 7 de febrero, 2008; CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, "Reproductive Rights in the European Court of Human Rights" [Derechos reproductivos en el Tribunal Europeo de Derechos Humanos], 2004; SCOTT LYONS, *The African Court of Human and Peoples' Rights* [Corte Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos], ASIL INSIGHTS, Sept. 19, 2006, <<http://www.asil.org/insights/2006/09/insights060919.html>>.
 26. "Clawback clauses" son "[f]rases que podrían eliminar efectivamente (o como mínimo restringir gravemente) el derecho en apariencia garantizado". JOSEPH OLOKA-ONYANGO, *Human Rights and Sustainable Development in Contemporary Africa: A New Dawn, or Retreating Horizons?* [Derechos humanos y desarrollo sostenible en África contemporánea ¿un nuevo amanecer u horizontes en retirada?], Human Development Report 2000 Background Paper, *disponible en* <<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2000/papers/joseph%20oloka-onyango1.pdf>>, visitada el 7 de febrero, 2008.
 27. Sentencia C-355 de 2006, 10 de mayo de 2006, Corte Constitucional (Colom.).
 28. Ver INTERNATIONAL INTERFAITH NETWORK FOR DEVELOPMENT AND REPRODUCTIVE HEALTH, *A Faith-Filled Commitment to Development Includes a Commitment to Women's Rights and Reproductive Health* [Un compromiso lleno de fé con el desarrollo incluye un compromiso con los derechos y la salud reproductiva de las mujeres] (Preparado para la Cumbre Mundial 2005, 14-16 de sept., 2005), *disponible en* <http://www.un-ngls.org/un-summit-interfaith.pdf>, visitada el 7 de febrero, 2008.
 29. MARC KAUFMAN, *Memo May Have Swayed Plan B Ruling: FDA Received 'Minority Report' From Conservative Doctor on Panel* [Es posible que un memorando haya influido en la legislación sobre Plan B: FDA recibió una "sentencia previa" de un médico conservador de un panel], *Washington Post*, May 12, 2005, p. A02; *ver también* ALASTAIR J.J. WOOD, JEFFREY M. DRAZEN, MICHAEL F. GREEN, *A Sad Day for Science at the FDA* [Un triste día para la ciencia en la FDA], *New England Journal of Medicine*, 22 de septiembre, 2005.
 30. KAUFMAN, *supra* nota 29; *ver también* WOOD ET AL., *supra* nota 29.
 31. ANN FRIEDMAN, *Over the Counter Insurgency* [Sublevación de los medicamentos disponibles sin receta], *Mother Jones*, 1ero de agosto, 2001, *disponible en* <http://www.motherjones.com/news/update/2006/08/planb_timeline.html>, visitada el 7 de febrero, 2008.
 32. UN MILLENIUM PROJECT, *Fast Facts: The Faces of Poverty* [Las caras de la pobreza], <<http://www.unmillenniumproject.org/documents/MP-PovertyFacts-E.pdf>>, visitada el 7 de febrero, 2008.
 33. STRUCTURAL ADJUSTMENT PARTICIPATORY REVIEW INTERNATIONAL NETWORK (SAPRIN), "The Policy Roots of Economic Crisis and Poverty, a Multi-Country Participatory Assesment of Structural Adjustment, Executive Summary", [Las raíces políticas de la crisis económica y de la pobreza, evaluación participatoria multi-país; Resumen ejecutivo] 17 (Abril 2002), *disponible en* <<http://www.saprin.org/SAPRI-Findings.pdf>>, visitada el 7 de febrero, 2008.
 34. *Ibid.*
 35. *Ibid.*
 36. Maastricht Guidelines on Violations of Economic, Social and Cultural Rights [Directrices de Maastricht sobre las violaciones de los derechos económicos, sociales y culturales], Maastricht, Holanda, 22-26 de enero, 1997, pauta 19, *disponible en* <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/Maastrichtguidelines_.html>, visitada el 7 de febrero, 2008.
 37. *Ibid.*
 38. Documento Final de la Cumbre Mundial 2005, *supra* nota 19, pár. 34.
 39. MARY ANN TORRES, *The Human Right to Health, National Courts, and Access to HIV/AIDS Treatment: A Case Study from Venezuela* [El derecho humano a la salud, los tribunales nacionales, y el acceso a tratamiento para el VIH/SIDA: Estudio de caso de Venezuela], *3 Chi. J. Int'l L.* 105, 106 (2002), *citando a Cruz Bermúdez, et al v. Ministerio de Sanidad y Asistencia Social*, Sala Político Administrativa, Corte Suprema de Justicia, República de Venezuela, Expediente Número 15.789 (1999).
 40. CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS ET AL., "Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives—South Asia" [Mujeres del mundo: Leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas—Sur de Asia] 74, 119 (2004), *disponible en inglés en* <http://www.reproductiverights.org/pub_bo_wowsa.html>, visitada el 7 de febrero, 2008; WOMEN'S ENVIRONMENT & DEVELOPMENT ORGANIZATION (Organización del Medio Ambiente y Desarrollo de las Mujeres), *Getting the Balance Right in National Parliaments* (Cómo lograr el equilibrio en los parlamentos nacionales), 2 (2004), *disponible en* <http://www.wedo.org/files/balanceinparliament_factsh4.pdf>, visitada el 7 de febrero, 2008.

CAPÍTULO II

Embarazo y parto sin riesgos

Toda mujer embarazada podría experimentar complicaciones durante el embarazo, el parto o después de dar a luz. El acceso a atención de salud de calidad ha hecho que el riesgo de mortalidad materna sea insignificante en países de altos ingresos. No obstante, en los países de bajos ingresos dicho riesgo aún es elevado debido a las complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, las que a menudo resultan fatales. Frecuentemente las muertes maternas y las lesiones son aceptadas como naturales y como parte del embarazo y del hecho de ser mujer, en lugar de ser consideradas como el trágico resultado de decisiones políticas que descuidan y desvalorizan a la mujer¹ y muertes que podrían haber sido evitadas.

A los Estados les ha tomado tiempo reconocer que las muertes y las lesiones relacionadas con el embarazo constituyen un urgente problema de derechos humanos. No obstante, cada vez más están usando la ley para establecer los fundamentos de un contexto propicio para lograr embarazos saludables y partos sin riesgos. Este capítulo aborda la obligación de los Estados de garantizar la seguridad de las mujeres durante el embarazo y el parto. El capítulo identifica los dos componentes principales de este deber estatal: 1) la obligación de garantizar el derecho de la mujer a obtener atención en salud reproductiva, y 2) la obligación de garantizar la calidad de la atención materna y reproductiva.

Adicionalmente, los Estados están obligados a abordar las prácticas culturales que elevan el riesgo de las mujeres de morir o de desarrollar una discapacidad a causa del embarazo. Muchos Estados han emprendido acciones contra estas prácticas nocivas y discriminatorias. Para conocer ejemplos de estas acciones, ver el Capítulo X: Derechos Reproductivos de los Adolescentes y el Capítulo V: Prácticas Nocivas—la Mutilación Genital Femenina.

Más allá, los Estados deben reformar las leyes que interfieren con las decisiones reproductivas de las mujeres y que, por lo tanto, contribuyen a la incidencia de la mortalidad materna. Se estima que un quinto de todas las muertes maternas está asociado con embarazos no planificados.² Para conocer ejemplos de las leyes que protegen el derecho a tomar decisiones reproductivas, ver el Capítulo III: Anticoncepción y el Capítulo IV: Aborto.

Riesgo de muerte materna a lo largo de la vida en el año 2000, por región del mundo, de acuerdo a estimaciones de OMS, UNFPA y UNICEF³

África:	1 de 20 mujeres
América Latina y el Caribe:	1 de 60 mujeres
Oceanía:	1 de 83 mujeres
Asia:	1 de 94 mujeres
Regiones desarrolladas:*	1 de 2.800 mujeres

*Las regiones desarrolladas incluyen los países de Europa, así como también Canadá y Estados Unidos. Japón, Australia y Nueva Zelanda también se consideran parte de las regiones desarrolladas y son países que no están considerados en los totales de las regiones geográficas a las que pertenecen.

MARCO DE DERECHOS HUMANOS

El derecho de las mujeres a tener un embarazo y un parto sin riesgos está respaldado por varios derechos humanos reconocidos internacionalmente. El derecho a la vida exige a los Estados fomentar las condiciones necesarias para la vida y la supervivencia. La gran mayoría de las muertes maternas son evitables.⁴ Las garantías internacionales del derecho a la vida implican que los Estados deben proteger de manera proactiva a sus ciudadanos de muertes evitables, incluida la muerte materna evitable.

Para conocer los fundamentos legales internacionales de los derechos marcados en negrillas, ver Apéndice B

El **derecho a la salud** garantiza a todas las personas el más alto nivel posible de salud. Exige a los Estados asegurar el acceso a la atención en salud, así como mantener las condiciones necesarias para lograr una buena salud. En el contexto del embarazo y del parto, el derecho a la salud faculta a las mujeres a recibir la amplia variedad de servicios de salud reproductiva durante el embarazo, el parto y el período de postparto. El **derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico** garantiza a todas las mujeres atención de alta calidad que refleje los conocimientos y la práctica médica actual.

El **derecho a estar libre de discriminación** exige que los Estados provean acceso a servicios de atención de salud sin discriminar por motivos de género, estado civil, edad o condición socioeconómica. Son ejemplos de discriminación contra la mujer las políticas que exigen que las mujeres obtengan el permiso de su cónyuge antes de someterse a un procedimiento médico, las leyes que penalizan procedimientos médicos que sólo ellas necesitan, y la exigencia de obtener la autorización de los padres que afecte a las niñas de manera desproporcionada.

El **derecho a la autodeterminación reproductiva** está ligado al reconocimiento del concepto de la integridad física, que se expresa en los tratados internacionales en los derechos de las personas a la libertad y a la seguridad. La autonomía en las decisiones reproductivas también se basa sólidamente en el derecho a la intimidad, que permite a los individuos y a las parejas tomar decisiones fundamentales respecto de su vida íntima sin la intervención del Estado. Además, la comunidad mundial ha reconocido repetidamente el derecho a decidir de manera libre y responsable el número de hijos y el espaciamiento entre los nacimientos. En el contexto de la salud materna, la planificación familiar permite a las mujeres espaciar los nacimientos a fin de reducir los riesgos asociados a tener varios embarazos separados por períodos cortos de tiempo.

Estas garantías legales exigen a los Estados:

- **Garantizar en la ley el derecho de las mujeres a recibir atención de salud reproductiva.** Es necesario promulgar leyes que dispongan un financiamiento adecuado para la amplia gama de servicios de salud reproductiva. Es necesario proteger a las mujeres de bajos ingresos de las barreras económicas para el acceso a la atención médica. Las leyes también deben asegurar que todas las mujeres tengan acceso a información sobre salud reproductiva.
- **Garantizar una atención en salud materna y reproductiva de alta calidad.** Se deben diseñar normas claras para todo el personal de salud, y se deben crear mecanismos para asegurar el cumplimiento de dichas normas.

Compromisos a Nivel Mundial para Reducir la Mortalidad Materna

En el año 2000, cuando la comunidad internacional adoptó los Objetivos de Desarrollo del Milenio como marco para medir los avances en el desarrollo, se determinó que la reducción de la mortalidad materna era una prioridad clave.⁵ El Objetivo de Desarrollo del Milenio número 5 exige la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes para el año 2015. Este énfasis en la supervivencia materna hace eco a las declaraciones anteriores adoptadas en El Cairo y en Beijing. Por ejemplo, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo adoptado en 1994, reafirmado en la Conferencia de Beijing un año después, plantea lo siguiente:

Todos los países, con el apoyo de todos los sectores de la comunidad internacional, deben aumentar la prestación de servicios de maternidad en el marco de la atención primaria de la salud...Deberían determinarse las causas subyacentes de la morbilidad y mortalidad maternas y se debería prestar atención a la elaboración de estrategias para eliminarlas....⁶

En un discurso pronunciado recientemente ante la Asamblea General de la ONU, el Relator Especial de Naciones Unidas sobre el derecho a la salud dijo, “Es tiempo de reconocer que la mortalidad materna que puede evitarse constituye un problema de derechos humanos a gran escala”.⁷ El relator aboga por una estrategia de políticas para abordar la mortalidad materna que esté fundada en el derecho a la salud, y expresa la opinión de que un enfoque como ese será probablemente “equitativo, integrador, no discriminatorio, participativo y basado en la realidad”.⁸

1. ACCESO A SERVICIOS DE SALUD NECESARIOS PARA UN EMBARAZO Y PARTO SIN RIESGOS

El derecho a la salud incluye el derecho a servicios de atención de salud, incluida la amplia variedad de servicios de salud reproductiva. Si bien los Estados a menudo mencionan la falta de recursos financieros como un obstáculo para poder asegurar el acceso a atención de salud reproductiva, algunos países de bajos ingresos han iniciado acciones a nivel de las políticas públicas para dar prioridad al acceso a estos servicios.

Amplias garantías legales y de políticas relacionadas con la atención de salud reproductiva—como aquellas adoptadas en **Malí**, que se describen a continuación—pueden ser indicadores del compromiso político de un gobierno por mejorar la seguridad del embarazo y el parto. Allí donde la legislación exige financiar la atención de salud reproductiva, como sucedió en **Bolivia** a través de la creación de un programa nacional de seguro para las mujeres embarazadas, el acceso a atención durante el embarazo y el parto puede mejorarse enormemente. En **Bangladesh**, una política orientada a reducir la mortalidad materna requiere que los servicios se amplíen para que puedan llegar a todas las mujeres.

A. Malí combate la mortalidad materna

Malí posee una proporción de mortalidad materna extremadamente alta; se estima en 1.200 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos.⁹ Son muchos los factores que contribuyen a la mortalidad materna en Malí. Entre éstos se incluye la escasez de establecimientos e insumos médicos, la insuficiencia de personal de salud, y una inadecuada regulación y supervisión de la atención de la salud. La mortalidad materna también está ligada a la falta de poder de decisión de parte de la mujer en lo que respecta a la reproducción, lo que se debe tanto a su bajo estatus social y económico, como a la falta de acceso a información básica sobre salud reproductiva.¹⁰

El 24 de junio de 2002, Malí promulgó la Ley N° 02-044 sobre Salud Reproductiva, que se hizo efectiva el 24 de diciembre de 2002.¹¹

Objetivo de la ley

Al citar las necesidades de los “grupos vulnerables” como las mujeres, los niños y los adultos jóvenes, la ley establece que el objetivo de la atención de salud reproductiva es reducir la mortalidad y morbilidad materna e infantil y promover el bienestar de todas las personas.¹²

Derechos declarados

La ley estipula que cada individuo o pareja tiene derecho a acceder a servicios de salud reproductiva de la mejor calidad que sea posible. En particular, asegura el derecho de la mujer a recibir atención de salud durante el embarazo y el parto.¹³ Las parejas y los individuos tienen derecho a decidir libremente el número de hijos que desean tener y el espaciamiento entre los nacimientos; la ley también exige que las parejas tengan acceso a la información necesaria para tales propósitos.¹⁴

Atención a la salud reproductiva

La ley presenta una lista con los componentes de la atención a la salud reproductiva, entre los que se incluyen:

- servicios y actividades relacionadas con la planificación familiar;
- información y consejería sobre sexualidad y paternidad responsable;
- atención de embarazo y parto sin riesgos;
- servicios para promover la supervivencia infantil;
- prevención y tratamiento de la infertilidad y la impotencia;
- medidas de prevención del aborto y provisión de atención postaborto;
- prevención y tratamiento de infecciones del tracto reproductivo;
- tratamiento de enfermedades genitales;
- tratamiento de complicaciones de la mutilación genital femenina;
- atención de salud reproductiva para adultos y jóvenes; y
- tratamiento y prevención de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.¹⁵

Disposiciones sobre el aborto y la anticoncepción

La ley declara la legalidad de fabricar, importar, vender y publicitar métodos anticonceptivos aprobados, y por otra parte, impone sanciones a la venta y promoción de métodos que no han sido aprobados.¹⁶ También, si el embarazo pone en riesgo la vida de una mujer casada, ésta tiene derecho a acceder a un método anticonceptivo permanente, otorgando su consentimiento por escrito antes de

realizar el procedimiento.¹⁷ La ley también declara que el aborto es legal cuando la vida de una mujer embarazada está en peligro y en casos de violación o incesto.¹⁸ Está prohibido provocar un aborto a una mujer en circunstancias diferentes a aquellas en que el aborto es legal.¹⁹

B. Bolivia adopta el Seguro Universal Materno-Infantil

La proporción de mortalidad materna en Bolivia (420 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos) es una de las más altas de América Latina.²⁰ No obstante, la nación andina es citada frecuentemente como modelo por sus esfuerzos para mejorar la salud materna.²¹ Desde 1996, Bolivia tiene un programa de Seguro Materno-Infantil, el cual requiere que cada institución de salud pública provea servicios gratuitos a las mujeres embarazadas y a los niños menores de cinco años.²² En 2002, Bolivia amplió este programa a través de la promulgación de una nueva legislación.

El 22 de noviembre de 2002, Bolivia adoptó la Ley del Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI).²³ La ley codifica un sistema de seguro universal, integral y gratuito que da a los ciudadanos el derecho a recibir atención de salud a través del Sistema Nacional de Salud y el Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo.

Cobertura

Las mujeres se encuentran cubiertas desde el comienzo de su embarazo hasta seis meses después del parto. Los niños están cubiertos desde el nacimiento hasta los cinco años.²⁴

Provisión de atención

La atención se entrega a través de una red de proveedores de salud en establecimientos de atención de salud de nivel primario, secundario y terciario en todo el país.²⁵

Regulación y supervisión

El Ministerio de Salud y Previsión Social regula, coordina y controla las redes para asegurar que se provean los servicios.²⁶ En cada municipalidad se designa un director de salud local que supervisará la implementación del esquema de seguro.²⁷

Financiamiento

El Tesoro General de la Nación financia la totalidad del costo de los recursos humanos que sean requeridos para la implementación de la ley.²⁸ El financiamiento para insumos, medicamentos esenciales y servicios no personales proviene de la Participación Popular, fondo que fue creado como parte del esfuerzo general de descentralización que llevó a cabo el gobierno boliviano para trasladar responsabilidades desde el gobierno nacional a las municipalidades locales.²⁹ Cuando sea necesario, se obtendrán fondos adicionales del Fondo Solidario Nacional.³⁰

C. Bangladesh continúa tomando medidas para mejorar la atención de salud materna

Bangladesh ha sido citado como uno de los países con el mayor número de muertes maternas en todo el mundo.³¹ En numerosos documentos sobre políticas, Bangladesh ha dado a conocer su meta de reducir la mortalidad materna. Para lograr esta meta, el gobierno formuló una Estrategia de Salud Materna en el año 2002. Dicha estrategia enfatiza varios elementos de la atención de salud materna, incluida la atención prenatal, el uso de asistentes de parto calificados, y atención obstétrica de emergencia.³²

La estrategia se centra en los siguientes elementos:

- provisión de atención prenatal a todas las mujeres;
- expansión paulatina de la atención obstétrica de emergencia en todo el país;
- mejoramiento del acceso a servicios de salud materna;
- aumento del conocimiento de la atención de salud materna a través de campañas de información orientadas a los miembros de la familia y a la comunidad;
- llevar a cabo autopsias verbales y análisis de las muertes en los grandes hospitales para mejorar la responsabilidad de los proveedores de atención de salud; y
- aumentar las actividades de comunicación para cambiar conductas.³³

Objetivos específicos

Los objetivos específicos para el año 2006 fueron aumentar a 60% el porcentaje de mujeres embarazadas que realizan tres visitas de atención prenatal, y aumentar a 35% el porcentaje de partos asistidos por personal calificado.³⁴

2. ASEGURAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN

De acuerdo al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “los establecimientos, bienes y servicios deberán... ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad”.³⁵ Los Estados tienen el deber de regular la provisión de servicios de atención de salud con el fin de garantizar su calidad, tal como **Argentina** que se ha esforzado por lograrlo en el área de la salud reproductiva. Un desafío para los Estados es asegurar que dichas normas sean aplicadas de manera uniforme, con numerosos mecanismos para supervisar los establecimientos y a los proveedores.

A. Argentina emite normas para los servicios de salud materna

En Argentina, datos del Ministerio de Salud indican que la tasa de mortalidad materna fue de 43 por 100.000 nacidos vivos en el año 2001, año más reciente para el que hay datos disponibles.³⁶ En el año 2003, el gobierno inició acciones para mejorar la calidad de la atención de salud materna. El gobierno elaboró normas luego de consultar con académicos, asociaciones médicas y con organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.³⁷

En mayo de 2003, el Ministerio de Salud emitió la Resolución N° 348/2003, que aprobó las normas para la provisión de servicios de maternidad dentro del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.³⁸

Reconocimiento de los derechos de las mujeres

La resolución enfatiza el importante rol que cumplen las instituciones en la provisión de la atención necesaria para las madres y los niños. Las normas se encuentran en línea con los principios de la OMS para la atención perinatal, que destacan que una atención apropiada debe tener en cuenta la decisión de la mujer y respetar su privacidad, dignidad y confidencialidad.³⁹

Pautas para la provisión de servicios

Las normas establecen pautas para mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de maternidad; estos servicios comprenden la atención durante el embarazo, el parto y el puerperio,

así como la atención del recién nacido. La resolución incluye disposiciones que detallan el tipo de atención, los servicios y el equipamiento que deben estar disponibles.⁴⁰

Componentes clave para la atención de salud materna

La resolución considera que los siguientes son elementos básicos de la atención:

- exámenes ginecológicos regulares;
- detección temprana del embarazo;
- identificación de posibles problemas prenatales relacionados con la salud y el estado nutricional de la madre; y
- categorización de rutina del riesgo para el embarazo y el parto.⁴¹

CONCLUSIÓN

El reconocimiento legal del derecho de la mujer a tener un embarazo y un parto sin riesgos es un primer paso fundamental para el mejoramiento de la salud de las mujeres en edad reproductiva en todo el mundo. Este reconocimiento debe ir acompañado de medidas concretas para asegurar el acceso a servicios y la calidad de la atención. Además, los Estados deben iniciar acciones para detener las prácticas nocivas y discriminatorias que ponen en peligro la salud y la vida de la mujer durante el embarazo y el parto. Finalmente, los Estados deben eliminar las leyes que limitan el acceso a planificación familiar y al aborto sin riesgos. Estas leyes ponen en peligro a la mujer porque le impiden espaciar los nacimientos de sus hijos y, en muchos casos, porque se ven forzadas a someterse a abortos en condiciones de riesgo.

Notas

1. CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Surviving Pregnancy and Childbirth: an International Human Right* [Sobrevivir el embarazo y el parto: un derecho humano internacional], 2005, p. 2.
2. NILS DAULAIRE ET AL., GLOBAL HEALTH COUNCIL, *Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Womens Lives in the Developing World* [Promesas por cumplir: El costo de los embarazos no planificados para la vida de las mujeres en los países en desarrollo], 2002, p. 13.
3. OMS ET AL., *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA* [Mortalidad materna en el año 2000: estimaciones desarrolladas por la OMS, UNICEF y UNFPA], 2004, p. 2, tbl.
4. OMS ET AL., *Reducción de la mortalidad materna: Declaración conjunta OMS/UNFPA/UNICEF/Banco Mundial*, 1999, p. 1.
5. FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA), *About the Millennium Development Goals*, [Acercas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio], disponible en <<http://www.unfpa.org/icpd/about.htm>>, visitada el 22 de abril, 2008.
6. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5 al 13 de septiembre de 1994, párr. 8.22, Doc. de la ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995).
7. Paul Hunt, Relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, *Statement to the General Assembly, Third Committee* [Declaración ante la Asamblea General, Tercer Comité], 19 de oct. de 2006, disponible en http://www.ifhro.org/UserFiles/Paul_Hunt_GA_2006.pdf, visitada el 22 de abril, 2008.
8. PAUL HUNT, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, 61ª Sesión, párr. 29, Doc de la ONU A/61/338 (2006), disponible (en inglés) en <http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/GA%202006.pdf>, visitada el 22 de abril, 2008.
9. OMS ET AL., *Maternal Mortality in 2000* [Mortalidad materna en el año 2000], *supra* nota 3, p. 22, tbl.G.
10. CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Claiming our Rights: Surviving Pregnancy and Childbirth in Mali* [Reclamando nuestros derechos: Sobrevivir el embarazo y el parto en Malí], 2003, p. 13.
11. Loi No 02-044 du 24 Juin 2002 Relative a la Santé de la Reproduction [Ley N° 02-044 del 24 de junio de 2002, sobre Salud Reproductiva] (Malí).
12. *Ibid.*, art. 1.
13. *Ibid.*, art. 4.
14. *Ibid.*, art. 5.
15. *Ibid.*, art. 7.
16. *Ibid.*, arts. 11, 16.
17. *Ibid.*, art. 14.
18. *Ibid.*, art. 13.
19. *Ibid.*, art. 17.
20. OMS ET AL., *Maternal Mortality in 2000* [Mortalidad materna en el año 2000], *supra* nota 3, p. 22, tbl.G.
21. Ver, e.g., MARJORIE KOBLINSKY, ED., WORLD BANK, *Reducing Maternal Mortality, Learning from Bolivia, China, Egypt, Honduras, Indonesia, Jamaica, and Zimbabwe* [Reducir la mortalidad materna, aprendiendo de Bolivia, China, Egipto, Honduras, Indonesia, Jamaica y Zimbabwe], 2003.
22. PARTNERSHIPS FOR HEALTH REFORM, *Reducing Maternal and Child Mortality in Bolivia* [Reducir la mortalidad materna en Bolivia], 1999, p. 3, disponible en <<http://www.phrplus.org/Pubs/ess1.pdf>>, visitada el 22 de abril, 2008.
23. Ley del Seguro Universal Materno Infantil, 2002, Bolivia.
24. *Ibid.*, art. 1(a)-1(b).
25. *Ibid.*, art. 5.
26. *Ibid.*
27. *Ibid.*, art. 6.
28. *Ibid.*, art. 3(a).
29. *Ibid.*, art. 3(b). Ver también GERY NIJENHUIS, *Decentralisation and Popular Participation in Bolivia: The Link Between Local Governance and Local Development* [Descentralización y participación popular en Bolivia: La relación entre el gobierno local y el desarrollo local], 2002, p. 17, disponible en <<http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2002-0807-105317/inhoud.htm>>, visitada el 22 de abril, 2008.
30. Ley del Seguro Universal Materno Infantil, *supra* nota 23, art. 3(c); ver también ZEMBABA AYALEW ET AL., UNICEF, DIVISION OF POLICY AND PLANNING SERIES, *Assessing the Impact of PRSPs on Child Poverty: the Case of Bolivia* [Evaluando el impacto de los documentos de estrategia de reducción de la pobreza sobre la pobreza infantil: el caso de Bolivia], 2005, pp. 17-18, disponible en <<http://www.sipa.columbia.edu/academics/concentrations/epd/workshop/Bolivia.pdf>>, visitada el 22 de abril de 2008.
31. TASKFORCE ON CHILD HEALTH AND MATERNAL HEALTH, MILLENNIUM PROJECT, Who's Got The Power? Transforming Health Systems for Women and Children [Quién tiene el poder? Transformando los sistemas de salud para la mujer y el niño], 2005, p. 91, tbl. 3.9.
32. PLANNING WING, MINISTERIO DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR, GOBIERNO DE LA REPÚBLICA POPULAR DE BANGLADESH, *Conceptual Framework for Health, Nutrition and Population Sector Programme*, [Marco conceptual para el programa de los sectores de salud, nutrición y población, julio 2003-junio 2006] (HNPS), 2002, párr. 3.12.
33. *Ibid.*
34. *Ibid.*, párr. 4.07.
35. COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (CDESC), *Observación General N° 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, 22ª Sesión, párr. 12(d), Doc. de la ONU E/C.12/2000/4 (2000).
36. Ministerio de Salud, Gobierno de Argentina, *Estadísticas Vitales*, disponible en <<http://www.indec.mecon.ar/nuevaweb/cuadros/2/Mujerescuadro31.xls>>, visitada el 22 de abril, 2008.
37. Resolución de Salud Pública 348/2003, pmb., 2003, Argentina, disponible en <<http://inforeg.mecon.gov.ar/inforegInternet/anexos/85000-89999/85616/norma.htm>>, visitada el 22 de abril, 2008.
38. *Ibid.*
39. *Ibid.*, anexo, Intro.
40. *Ibid.*, secs. 1-3.
41. *Ibid.*, anexo, Intro.

CAPÍTULO III

Anticoncepción

El derecho de una mujer a decidir si desea tener hijos y cuándo tenerlos sólo puede realizarse si tiene acceso a la amplia variedad de métodos anticonceptivos en un contexto que le permita tomar una decisión informada. Los Estados que no logran tomar las acciones necesarias para poner los anticonceptivos a disposición de las mujeres que buscan planificar su fecundidad incumplen las obligaciones que les corresponde según el derecho internacional sobre derechos humanos. De manera similar, los Estados incumplen con su obligación cuando limitan las opciones anticonceptivas de las mujeres, por ejemplo, al regular estrictamente o prohibir un cierto método anticonceptivo. A su vez, las prácticas coercitivas relacionadas con la planificación familiar, incluida la esterilización forzada, violan la integridad física y la autonomía de las mujeres.

Este capítulo aborda la obligación de los Estados de asegurar el derecho de las mujeres a planificar su fecundidad. Revisa los fundamentos legales internacionales de esta obligación e identifica sus tres componentes principales: 1) garantizar a todas las mujeres el derecho a tener acceso a anticonceptivos, 2) asegurar el acceso a la amplia variedad de métodos anticonceptivos, y 3) proteger el derecho de las mujeres a otorgar un consentimiento pleno e informado antes de aceptar un método anticonceptivo. El capítulo presenta ejemplos de avances a nivel nacional que reflejan cada una de estas responsabilidades por parte de los Estados.

Datos sobre anticoncepción

- Más de 200 millones de mujeres en países de bajos o medios ingresos tienen una necesidad insatisfecha de métodos anticonceptivos eficaces.¹
- Cada año, aproximadamente 76 millones de mujeres de estos países tienen embarazos no planificados.²
- Al satisfacer la necesidad de anticonceptivos de las mujeres se reduciría radicalmente el número de embarazos no planificados que ocurren cada año y se prevenirían 142.000 muertes relacionadas con el embarazo, de las cuales 53.000 corresponden a abortos realizados en condiciones de riesgo.³

MARCO DE DERECHOS HUMANOS

Las mujeres tienen **derecho a la autodeterminación reproductiva**. Este derecho está respaldado por la protección internacional a la integridad física y a la intimidad, que permiten a las personas y a las parejas tomar decisiones fundamentales sobre su vida íntima sin la interferencia del Estado. Además, la comunidad mundial ha reconocido repetidamente el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento entre los nacimientos. Este derecho faculta a las mujeres a tener acceso a todos los

Para conocer los fundamentos legales internacionales de los derechos marcados en negrillas, ver Apéndice B

medios seguros y eficaces para controlar su fecundidad. Para disfrutar estos derechos, las mujeres deben tener acceso a la amplia variedad de métodos anticonceptivos, y la oportunidad de otorgar un consentimiento informado antes de seleccionar un método.

El derecho a tener acceso a anticoncepción está respaldado por **las garantías a la vida y a la salud**. Para una mujer a la que se le niega tal acceso y que vive en un país donde los servicios de aborto se encuentran prohibidos por ley o tienen un financiamiento inadecuado por parte del estado, un embarazo no deseado puede significar un riesgo para su bienestar físico, mental y social. Si ella acude a un proveedor no capacitado o intenta auto-inducirse un aborto, puede someterse a un procedimiento inseguro con posibles efectos devastadores para su salud física. Si es obligada a llevar a término el embarazo, puede sufrir daño psicológico o un daño físico grave, si el acceso a la atención obstétrica es limitado.

El hecho de que no se asegure el acceso a la amplia variedad de métodos anticonceptivos viola el derecho de las mujeres **a estar libres de discriminación**. Dado que las mujeres cargan con los principales efectos de un embarazo no deseado—tanto en lo que respecta a su salud física y mental, como a su educación y bienestar económico—desatender la necesidad de anticoncepción por parte de las mujeres compromete su derecho a la salud y a la autonomía.

Las mujeres también tienen **derecho a disfrutar de los beneficios del progreso científico**. Las innovaciones tecnológicas pueden tener un profundo impacto en la vida de las personas. Negar el acceso universal a estas innovaciones sólo refuerza las inequidades sociales y económicas. A medida que las comunidades médicas y científicas logran avances en las tecnologías anticonceptivas, los Estados deben procurar que todas las mujeres disfruten de estos avances.

Estas garantías legales exigen a los Estados:

- **Asegurar que todas las mujeres tengan acceso a anticonceptivos.** Asegurar el acceso a anticonceptivos comprende abordar las barreras económicas a los métodos anticonceptivos, adoptar políticas para promover la educación en planificación familiar y legislar para eliminar otras barreras que obstaculizan el uso de anticonceptivos por parte de las mujeres, tales como el requisito de autorización por parte del cónyuge impuesta por los proveedores de atención en salud.
- **Asegurar acceso a la amplia variedad de métodos anticonceptivos.** Dado que no todos los métodos anticonceptivos son aceptables o eficaces para todas las mujeres, promover el acceso a la amplia variedad de métodos aumenta la probabilidad de que las mujeres planifiquen su fecundidad de manera exitosa. Una amplia variedad de métodos incluye condones, métodos de barrera vaginales, anticonceptivos orales, implantes, inyectables, dispositivos intrauterinos, esterilización masculina y femenina voluntaria y anticoncepción de emergencia.
- **Proteger el derecho de las mujeres a otorgar su consentimiento pleno e informado antes de aceptar un método anticonceptivo.** Las políticas gubernamentales que ignoran los deseos y circunstancias de vida de las mujeres a fin de cumplir objetivos demográficos pueden originar prácticas coercitivas y violentas. Por ejemplo, realizar una esterilización quirúrgica, o administrar inyecciones, o implantes anticonceptivos sin el consentimiento informado de la mujer son prácticas que violan sus principales derechos reproductivos.⁴

1. MEDIDAS PARA ASEGURAR EL ACCESO A LA ANTICONCEPCIÓN

Los Estados tienen la obligación de garantizar que se respete el derecho de una mujer a planificar su familia, independiente de su condición socioeconómica. Entre las medidas necesarias pueden incluirse el costo de los anticonceptivos, asegurarse de que los planes de salud privada cubran los anticonceptivos, o—tal como se ha comprometido el gobierno de **Guatemala**—proveer servicios gratuitos de anticoncepción a todas las mujeres en los establecimientos públicos de atención en salud.

A. Guatemala garantiza el acceso universal a la planificación familiar

En abril del año 2006, Guatemala adoptó una legislación radical para asegurar el acceso universal a todos los métodos de planificación familiar. La legislación se enfrentó a una gran oposición de parte de líderes religiosos y políticos conservadores, incluido el mismo presidente de Guatemala.⁵ El presidente vetó la legislación, pero el veto fracasó ya que la legislación fue aprobada por el Congreso Nacional. No obstante, antes de que la ley entrara en vigor, su legalidad fue cuestionada ante la Corte Constitucional de Guatemala.⁶ La legislación ha tenido un fuerte apoyo entre las organizaciones de derechos de las mujeres.⁷ En abril de 2006, luego de superar múltiples obstáculos en la Corte, la ley entró en vigor.⁸

La Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar tiene los siguientes componentes.⁹

Objetivo de acceso universal

La Ley tiene el objetivo de asegurar a todas las personas el acceso a servicios de planificación familiar, los que define como información, consejería, educación en salud sexual y reproductiva, y la provisión de métodos de planificación familiar.¹⁰ La Ley debe ser implementada a nivel nacional. Los servicios deben prestarse en establecimientos de salud pública y privada que ofrezcan atención en salud básica (incluidos aquellos operados por organizaciones no gubernamentales); los componentes de educación formal se aplican a las escuelas primarias y secundarias.¹¹ Se espera que beneficie principalmente a las poblaciones rurales sin acceso a los servicios básicos de salud.¹²

Estrategias para abordar una necesidad no satisfecha

La Ley exige medidas que aseguren que los establecimientos de salud pública puedan proveer un acceso universal a todos los métodos anticonceptivos modernos. Exige encuestas a nivel nacional para identificar la necesidad no satisfecha de planificación familiar con el fin de determinar las mejores maneras de asegurar el acceso a las poblaciones subatendidas.¹³ También exige al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social trabajar con las organizaciones no gubernamentales (ONG) para asegurar que las poblaciones que se encuentran aisladas geográficamente tengan acceso a las medidas de planificación familiar.¹⁴ Se debe desarrollar una estrategia especial para asegurar que se llegue a los adolescentes.¹⁵

Pautas para la prestación de servicios

El gobierno debe asegurar que los servicios de planificación familiar sean ofrecidos por proveedores calificados y que estos servicios sean integrados a otros servicios de salud reproductiva, incluida la atención prenatal, el parto y la atención postnatal; la detección de cáncer de útero y de seno; la detección de infecciones de transmisión sexual (ITS); y la prevención de la osteoporosis.¹⁶

Reformas educacionales

La legislación exige el desarrollo de currículos educacionales en las áreas de salud y sexualidad que aborden los efectos de un embarazo precoz y no deseado en la mortalidad materno-infantil.¹⁷

Aseguramiento de la calidad de servicio

También existen disposiciones que aseguran la toma de decisiones libres e informadas, la capacitación de los proveedores, la consejería adecuada, y la creación de medidas para monitorear la provisión de servicios y evaluar el progreso en la eliminación de barreras para el acceso.¹⁸

2. ACCESO A LA AMPLIA VARIEDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Si bien la mayoría de los métodos anticonceptivos rara vez enfrentan restricciones legales, los dos métodos que suelen encontrar barreras legales y normativas son la esterilización quirúrgica y la anticoncepción de emergencia (AE). Por ejemplo, si bien la esterilización quirúrgica es el método anticonceptivo más comúnmente usado en el mundo,¹⁹ se encuentra restringido legalmente en varios países y en muchos otros su situación legal no está clara.²⁰ En aquellos lugares en donde la esterilización es legal, es frecuente que la mujer sólo pueda realizarse el procedimiento si su cónyuge lo ha autorizado, si tiene una edad bastante superior a la mayoría de edad, o si ya tiene un número mínimo de hijos.²¹ Si bien la tendencia mundial se ha orientado a liberalizar o aclarar las leyes sobre esterilización,²² tal como ocurrió recientemente en **Costa Rica**, los defensores de los derechos reproductivos en varios países continúan abogando por la eliminación de las barreras legales que restringen el acceso.

A veces se excluye la AE del conjunto de servicios de planificación familiar disponibles debido a que se cree, erradamente, que tiene un efecto abortivo. Resulta vital que los Estados reconozcan que la AE es un medio para prevenir un embarazo, y no para interrumpirlo. En más de 140 países la AE se encuentra disponible para la venta.²³ Muchos gobiernos están tomando medidas para poner la AE a disposición de las mujeres, por ejemplo, eliminando la necesidad de una receta médica, tal como recientemente hizo **Canadá**. Otros países, incluido **México**, han agregado la AE a los métodos anticonceptivos incluidos en sus normas oficiales de planificación familiar, que son distribuidas a los proveedores de salud en todo el país. Además, diversos países, incluido **Kenya**, han iniciado acciones a través de medidas legislativas y normativas, para permitir a las sobrevivientes de violación tener acceso a AE en los establecimientos de salud sin demora.

A. Costa Rica emite decreto que apoya el derecho de las mujeres a la esterilización

El Decreto, adoptado por el Ministerio de Salud en 1999, fue una victoria para los defensores de los derechos de las mujeres que por años usaron el activismo y el litigio para asegurar el derecho de las mujeres a la esterilización quirúrgica como opción anticonceptiva. La Ley revocó un Decreto de 1988 que establecía explícitamente que la esterilización era legal si se realizaba por razones terapéuticas, pero tal revocación fue cuestionada en la Sala Constitucional de la Corte Suprema cuando se descubrió que los proveedores estaban exigiendo a las mujeres obtener la autorización de sus esposos antes de someterse a una esterilización. (Antes de 1988, la ley sobre esterilización era ambigua. Se pensaba que la esterilización estaba regulada por el artículo 123 del Código Penal, que asignaba penas por “lesiones” que causen la “pérdida de... la capacidad de engendrar o concebir”).²⁴ Esta acción no prosperó por falta de pruebas de que se estaba exigiendo la autorización del cónyuge, pero la Corte ratificó el principio de que a una mujer

que desea practicarse una esterilización terapéutica no se le debe exigir que obtenga el consentimiento de su esposo con el fin de someterse al procedimiento.²⁵ Luego de una continua presión por parte de los defensores de los derechos de las mujeres y el defensor cívico nacional, el Ministerio de Salud adoptó un nuevo decreto que permite la esterilización sin restricción en cuanto a los motivos.²⁶

El Decreto de 1999, emitido por el Ministerio de Salud, convierte la esterilización quirúrgica en una opción anticonceptiva para todas las mujeres, al revocar el Decreto de 1988.²⁷

Reconocimiento de los derechos reproductivos

El Decreto señala en su preámbulo la obligación del Estado de proteger “los derechos a la salud sexual y reproductiva de la población, así como respetar y cumplir los compromisos internacionales... que reconocen el derecho de todas las personas a controlar todos los aspectos de su salud y, en particular, su propia capacidad reproductiva...”²⁸

Requisito de consejería

El Decreto exige que todos los establecimientos públicos y privados que presten servicios de salud sexual y reproductiva entreguen información y consejería a los usuarios de atención en salud sobre las ventajas, limitaciones y contraindicaciones de los distintos métodos anticonceptivos. Se debe apoyar a los usuarios en la selección del método que mejor satisfaga sus necesidades.²⁹

Proceso de consentimiento informado para una esterilización

Además, el Decreto establece un proceso según el cual los pacientes otorgan su consentimiento informado antes de someterse a la esterilización. Un paciente firma un documento que declara: 1) que consiente ser sometido a dicho procedimiento; 2) que comprende que el procedimiento es irreversible y conoce su derecho a otorgar un consentimiento informado; y 3) libera de toda responsabilidad al médico tratante y a la institución que la practique.³⁰

Conocimiento de las necesidades de los grupos vulnerables

Los consejeros en planificación familiar deben tomar en consideración factores tales como el sexo del paciente, su edad, su condición socioeconómica y la identidad étnica; los proveedores también deben reconocer las necesidades específicas de los menores y las personas indocumentadas o que no tienen seguro.³¹

B. Canadá determina que la AE esté disponible en farmacias sin receta médica

Antes de que el servicio nacional de salud de Canadá, Health Canada, aprobara la AE sin necesidad de receta médica a nivel nacional, las provincias de Columbia Británica, Quebec y Saskatchewan ya habían realizado cambios legislativos que permitían que los farmacéuticos entregaran AE.³² Al explicar su decisión de ampliar el acceso a la AE, Health Canada repetidamente hizo referencia a sus propios proyectos piloto, las experiencias de otros países en que la AE se encuentra disponible sin receta médica, y la extensa evidencia científica que demuestra la seguridad y eficacia de la AE en la prevención de los embarazos no deseados.³³ Health Canada también consideró el hecho de que la Organización Mundial de la Salud apoya el uso de la AE y su disponibilidad inmediata.³⁴ En respuesta a las inquietudes sobre el uso de AE por parte de los adolescentes, Health Canada señaló que otras formas de anticoncepción se encuentran ampliamente disponibles para menores sin la necesidad de consentimiento o notificación a los padres.³⁵

El 19 de abril de 2005, Health Canada aprobó la venta de levonorgestrel para su uso como AE sin necesidad de receta médica.³⁶

Se recomienda la clasificación de producto “disponible atrás del mostrador”

Si bien el lugar de venta de la AE está determinado por las autoridades de regulación farmacéutica provinciales y territoriales, un comité asesor de la *National Association of Pharmacy Regulatory Authorities* (Asociación Nacional de Autoridades de Regulación Farmacéutica) recomendó que se asignara a la AE la calidad de producto “disponible atrás del mostrador” (“*behind-the-counter*”), es decir, las personas pueden comprar medicamentos de esta categoría sólo después de recibir consejería de parte del farmacéutico. En una Declaración sobre el Análisis del Impacto Regulador que acompaña a la nueva normativa, Health Canada concluyó que los farmacéuticos se encontraban bien posicionados para crear un mayor acceso a la AE, señalando que las organizaciones farmacéuticas profesionales han desarrollado pautas y una amplia capacitación para los farmacéuticos a fin de asegurar que las mujeres reciban una consejería apropiada antes de recibir la AE.³⁷

C. México incluye la AE en las normas oficiales sobre planificación familiar

Aproximadamente el 23% de todos los embarazos en México terminan en nacimientos no deseados y un 17% adicional termina en aborto.³⁸ El Plan Estratégico de Salud Reproductiva 2001–2006 del país establece metas para proveer la amplia gama de métodos anticonceptivos y para aprovechar completamente los avances recientes en tecnología anticonceptiva.³⁹ En una medida que pone a la política nacional más en línea con el Plan Estratégico, el Ministerio de Salud incorporó la AE a la lista de métodos que se entregan en los programas de planificación familiar. La lista aparece en las normas nacionales que se distribuyen a todo el personal médico en los 31 estados y en el Distrito Federal de México.⁴⁰

El 21 de enero de 2004, el gobierno federal de México enmendó su Norma Oficial sobre Planificación Familiar NOM-005-SSA2-1993, incluyendo la AE en la lista de métodos que se entregan a través de programas de planificación familiar.⁴¹

Definición de AE

La norma se refiere a la AE como “anticoncepción hormonal postcoito”, a la que define como “un método que pueden utilizar las mujeres en los tres días siguientes a un coito no protegido con el fin de evitar un embarazo no planeado”.⁴² La definición especifica que los métodos postcoitales no deben ser usados de manera regular y están indicados solamente en las circunstancias descritas en la norma.⁴³

Circunstancias para su uso

La norma, que aprueba varios regímenes anticonceptivos postcoitales, indica que la AE resulta apropiada para las mujeres en edad fértil, incluidas las adolescentes, que deseen evitar un embarazo no planificado en las siguientes circunstancias:

- Luego de una relación sexual voluntaria o forzada sin protección anticonceptiva;
- Luego de un retraso en la administración de un anticonceptivo inyectable; y
- Cuando se presuma una falla del método anticonceptivo (por ejemplo, rotura del condón, falla en la ejecución del coito interrumpido, falla en la toma de píldoras anticonceptivas orales por más de tres días, la expulsión de un DIU, o falla en la estimación del “período seguro” o no fértil al usar el método del ritmo o la abstinencia periódica).⁴⁴

Requisito de consejería

La norma señala que la receta de AE debe estar acompañada de una completa orientación y consejería sobre su modo de acción y posibles efectos secundarios. En particular, los proveedores deben enfatizar que la AE no puede interrumpir un embarazo ya establecido y que, cuando un embarazo ocurre a pesar del uso de AE, el uso del producto no tendrá efectos perjudiciales para la mujer embarazada o el feto. La consejería también debe enfatizar que la AE es menos eficaz que la anticoncepción oral convencional y que no protege contra las ITS, incluido el VIH/SIDA. También exige consejería sobre métodos de planificación familiar regular, así como también una evaluación del riesgo de la paciente de contraer una ITS.⁴⁵

No se necesitan exámenes

La norma también señala que los exámenes ginecológicos o pruebas de embarazo no son necesarios antes del uso de AE.⁴⁶

D. El Ministerio de Salud de Kenya emite pautas sobre cómo poner la AE a disposición de las sobrevivientes de violencia sexual

Las estadísticas indican que la violencia sexual es una plaga en la vida de las mujeres de Kenya. De acuerdo a fuentes de la policía, en el año 2003 se reportaron 2.308 casos de violación y en el 2004 se registraron 2.908 casos.⁴⁷ En una encuesta realizada en el 2003 a 1.652 mujeres de Kenya cuyas edades fluctuaban entre 17–77, el 52% informó haber sido abusada sexualmente durante su vida, mientras que más del 30% de las mujeres encuestadas informaron una experiencia de relaciones sexuales forzadas.⁴⁸ Si bien la violación es una práctica generalizada y la ley que penaliza el aborto no contiene excepciones para violación e incesto, no ha habido un buen acceso a la AE para las sobrevivientes de violación. Las pautas recientemente emitidas para el tratamiento médico de sobrevivientes de violencia sexual son un avance positivo para asegurar que se aborden las necesidades de las sobrevivientes.

Las Pautas Nacionales para el Manejo Médico de Violación/Violencia Sexual fueron emitidas por el Ministerio de Kenya en el año 2004.⁴⁹

Los componentes de la atención para sobrevivientes de violencia sexual

Las pautas perfilan la importancia de proveer a las sobrevivientes de violencia sexual consejería, AE y profilaxis contra el VIH tras la exposición a éste.⁵⁰

Acceso a AE e información

En reconocimiento a las “consecuencias psicológicas de concebir luego de una violación” las pautas señalan que se debe ofrecer AE a toda mujer o niña que no esté embarazada que haya sufrido violencia sexual y no esté protegida por un método anticonceptivo de largo plazo.⁵¹

La AE debe ser ofrecida sin costo y en todo horario

Según las pautas, la AE debe estar disponible sin costo y en todo horario en las instituciones de salud gubernamentales en que es probable que se presenten víctimas de violación.⁵²

Información que debe proveerse sobre el mecanismo de acción de la AE

El proveedor de salud debe explicar a la sobreviviente que la AE actúa previniendo el embarazo y que no se trata de un tipo de aborto.⁵³

Pruebas de embarazo

Se debe realizar una prueba de embarazo basal, pero esto no debe retrasar la primera dosis de AE, ya que se sabe que la AE no tiene efectos perjudiciales sobre un embarazo temprano. A las mujeres que regresan para un seguimiento a las seis semanas se les debe ofrecer otra prueba de embarazo, independientemente de si tomaron AE luego de que fueron violadas.⁵⁴

3. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y DERECHO A ESTAR LIBRE DE COERCIÓN AL ACEPTAR ANTICONCEPCIÓN

Con el fin de tomar decisiones apropiadas sobre su salud, las mujeres deben tener acceso a información confiable y la oportunidad de considerar sus opciones de atención en salud. Los Estados deben asegurar que existan las disposiciones necesarias para proteger los derechos de todas las mujeres a la autodeterminación reproductiva. La legislación y las pautas deben describir las obligaciones legales y éticas de los proveedores de atención médica a respetar la dignidad y el derecho de los pacientes, y a obtener su consentimiento informado. **Eslovaquia** adoptó recientemente una legislación orientada a poner fin al abuso en la provisión de procedimientos de esterilización.

A. Eslovaquia aprueba legislación sobre consentimiento informado, acceso a registros médicos y esterilización

A fines de 2002 y principios de 2003, investigaciones realizadas en Eslovaquia revelaron patrones claros y consistentes de proveedores de atención en salud que hacían caso omiso de la necesidad de obtener consentimiento informado para realizar una esterilización.⁵⁵ Muchos proveedores no dieron información precisa y completa sobre salud reproductiva a pacientes roma, lo que se tradujo en la violación de sus derechos humanos. En algunos casos, médicos y enfermeras dieron información engañosa y amenazante a las mujeres roma para compelerlas a dar autorizaciones de último minuto para esterilizaciones, o no se avisó a las mujeres que se les practicaría el procedimiento.⁵⁶ En algunos casos, se esterilizó a mujeres menores de 18 años por la fuerza y sin la autorización de sus tutores legales exigida por la ley.⁵⁷ El gobierno eslovaco aprobó la legislación en respuesta a las protestas públicas que se originaron tras estas revelaciones.

El 21 de octubre de 2004, Eslovaquia adoptó la Ley N° 576 sobre Atención en Salud y Servicios Relacionados con la Provisión de Atención en Salud.⁵⁸ La Ley estipula la exigencia de asegurar el consentimiento informado, establece el derecho de los pacientes a tener acceso a sus registros médicos y especifica las condiciones bajo las cuales se pueden realizar las esterilizaciones.

Disposiciones sobre consentimiento informado

Los proveedores deben informar a los pacientes sobre el propósito, el carácter, las consecuencias y los riesgos de un procedimiento médico; las alternativas médicas disponibles; y los riesgos de rechazar el tratamiento.⁵⁹ Esta información debe ser entregada de manera no coercitiva y comprensible para el paciente, y debe dar al paciente tiempo suficiente para que decida si desea otorgar su consentimiento. Un paciente tiene derecho a negarse a recibir información médica, así como también a retirar su consentimiento para un procedimiento.⁶⁰

Excepciones a la exigencia de consentimiento informado

Una corte puede invalidar la negativa de un paciente de someterse a un tratamiento sólo cuando el paciente no sea competente y el tratamiento sea en el interés superior del paciente. No se requiere consentimiento informado en emergencias médicas y cuando la condición del paciente supone un peligro para otros o, en caso de un trastorno mental, para el paciente mismo.⁶¹

Disposiciones sobre la esterilización

Postulación y período de espera

La Ley dispone que la esterilización sólo puede llevarse a cabo 30 días después de la recepción de una solicitud escrita por el paciente y de un consentimiento informado por escrito.⁶² Si el paciente no es competente, un tutor legal puede presentar una postulación y consentimiento por escrito.⁶³

Información que debe entregarse

El contenido de la información que debe entregarse al paciente antes de que otorgue su consentimiento incluye los siguientes puntos:

- Métodos alternativos de planificación familiar, diferentes a la esterilización;
- Cómo posibles cambios en las circunstancias de vida de un paciente pueden afectar la decisión de someterse a una esterilización;
- Las consecuencias médicas y la naturaleza irreversible de la esterilización; y
- La posible falla de la esterilización.⁶⁴

CONCLUSIÓN

Con el fin de satisfacer sus compromisos internacionales, los Estados deben mejorar el acceso a información y a servicios de planificación familiar de buena calidad para que incluyan una amplia variedad de métodos anticonceptivos entre los cuales puedan elegir libremente hombres, mujeres y adolescentes de ambos sexos. Los Estados deben garantizar que no existan barreras ideológicas o financieras que impidan el acceso a anticonceptivos. La legislación y las políticas de salud deben garantizar que el acceso esté económicamente al alcance de las mujeres de bajos ingresos. Por último, se deben establecer pautas estrictas, implementadas por los tribunales, que protejan a las personas de todas las edades de prácticas anticonceptivas coercitivas, en particular la esterilización forzada.

Notas

1. GUTTMACHER INSTITUTE, *Adding it Up*, 2003, p. 18.
2. *Ibid.*
3. *Ibid.*, p. 20.
4. RADHIKA COOMARASWAMY, *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Apéndice: Políticas y prácticas que repercuten sobre los derechos reproductivos de la mujer y contribuyen a la violencia contra la mujer, la causan o la constituyen*, pár. 51, Doc. de la ONU E/CN.4/1999/68/Add.4 (1999) [en adelante Informe de la Relatora Especial sobre Violencia y Derechos Reproductivos].
5. “Family Planning Row in Guatemala”, *BBC NEWS*, 2 de feb., 2006, disponible en <<http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/americas/4673160.stm>>, visitada el 22 de abril, 2008.
6. SONIA PÉREZ, “CC Deja vigente Ley de Planificación”, *Prensa Libre*, 7 de junio, 2006, disponible en <<http://www.prensalibre.com/pl/2006/junio/07/143603.html>>, visitada el 22 de abril, 2008.
7. CLADEM, *Informe sombra sobre el cumplimiento por el Estado de Guatemala de los compromisos de la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer*, 2006, p. 5.
8. SONIA PÉREZ, *supra* nota 6.
9. Decreto N° 87-2005, Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, *Diario de Centro América*, N° 17, 27 de abril, 2006 (Guat.) disponible en <<http://www.congreso.gob.gt/archivos/decretos/2005/gtdcx87-2005.pdf>>, visitada el 22 de abril, 2008.
10. *Ibid.*, art. 1.
11. *Ibid.*, art. 2.
12. *Ibid.*, art. 3.
13. *Ibid.*, art. 5.
14. *Ibid.*, art. 6.
15. *Ibid.*, art. 9.
16. *Ibid.*, arts. 7-8.
17. *Ibid.*, art. 10.
18. *Ibid.*, arts. 11-16.
19. ENGENDER HEALTH, *Contraceptive Sterilization: Global Issues and Trends* [Esterilización anticonceptiva: temas y tendencias a nivel mundial], 2002, p. xi.
20. *Ibid.*, p. 90.
21. *Ibid.*, pp. 93-94.
22. *Ibid.*, p. 96.
23. CONSORCIO INTERNACIONAL DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA, *Welcome to ICEC* [Bienvenido al CLAE], <<http://www.cecinfo.org/index.php>>, visitada el 22 de abril, 2008.
24. NAOMI SEILER, “Sterilization, Gender, and the Law in Costa Rica” [Esterilización, género y la ley en Costa Rica], *Yale Human Rights and Development L.J.*, vol 4, pp. 109, 115; Código Penal de Costa Rica, Ley No. 4573, tit. I, sec. 1, art. 123, disponible en <http://www.asamblea.go.cr/ley/leyes/4000/4573.doc>, visitada el 22 de abril, 2008.
25. NAOMI SEILER, *supra* nota 24, pp. 117-121.
26. *Ibid.*, pp. 123-26.
27. Decreto N° 27913-S, *La Gaceta*, 9 de junio, 1999, p. 28, 1999, art. 8 (Costa Rica), disponible en Saborio & Coto Abogados, <<http://www.cesdepu.com/decretos/27913-S.14-MAY-1999.htm>>, visitada el 22 de abril, 2008, [en adelante Decreto N° 27913-S]; ver también traducción al inglés en NAOMI SEILER, *supra* nota 24, 2001, p. 124.
28. Decreto N° 27913-S, *supra* nota 27, pmb., pár. 5.
29. *Ibid.*, art. 5(c).
30. *Ibid.*, art. 5(d).
31. *Ibid.*, art. 6.
32. Regulations Amending the Food and Drug Regulations [Regulaciones que enmiendan las regulaciones sobre alimentos y fármacos] (1272—Levonorgestrel), 139 C. Gaz. 857, 858 (Can.) disponible en <<http://canadagazette.gc.ca/partII/2005/20050504/pdf/g2-13909.pdf>>, visitada el 22 de abril, 2008.
33. *Ibid.*, pp. 858-59.
34. *Ibid.*, p. 859.
35. *Ibid.*, p. 868.
36. *Ibid.*, p. 857.
37. *Ibid.*, pp. 859-60.
38. GUTTMACHER INSTITUTE, *Temas en breve: Panorama general del aborto clandestino en América Latina*, 1996, disponible en <<http://www.guttmacher.org/pubs/ib12sp.pdf>>, visitada el 22 de abril, 2008.
39. CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, Información adicional sobre México, Presentación del informe ante el Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) prevista para agosto de 2002, 5 de agosto, 2002, disponible en <http://www.reproductiverights.org/pdf/sl_mexico_esp2002.pdf>, visitada el 22 de abril, 2008.
40. Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana, NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar, secciones 1.1-1.2 (21 de enero, 2004), disponible en <<http://www.salud.gob.mx/unicidades/cdi/nom/rm005ssa293.html>>, visitada el 22 de abril, 2008.
41. *Ibid.*, sec. 5.3.
42. *Ibid.*
43. *Ibid.*
44. *Ibid.*, sec. 5.3.1.1.
45. *Ibid.*
46. *Ibid.*
47. KENYA POLICE, *Rape Cases for the Years 2000, 2001, 2002, 2003 and 2004, Kenya Police Internal Statistics 2000-2004* [Casos de violación durante los años 2000, 2001, 2002, 2003 y 2004, estadísticas internas de la policía de Kenya]; CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Supplementary Information on Kenya, Scheduled for Review by the UN Human Rights Committee During its 83 Session* [Información complementaria sobre Kenya, a ser revisada por el Comité de Derechos Humanos de la ONU durante su 83ª Sesión], 27 de feb., 2005, p. 4, disponible en <http://www.crlp.org/pdf/sl_kenya_2005.pdf>, visitada el 22 de abril, 2008.

48. TONY JOHNSTON, POPULATION COMMUNICATION AFRICA, *The Sexual Abuse of Kenyan Women and Girls: A Briefing Book* [El abuso sexual de mujeres y niñas de Kenia: libro resumen], 2003, p. 14.
49. DIVISIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA, MINISTERIO DE SALUD, REPÚBLICA DE KENYA, *Pautas nacionales para el manejo médico de violación/violencia sexual*, 2004, p. 9.
50. *Ibid.*, pp. 8-17.
51. *Ibid.*, p. 9.
52. *Ibid.*
53. *Ibid.*
54. *Ibid.*
55. Ver CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS & PORADŇA PRE OBČIANSKE A ĽUDSKÉ PRÁVA, *Body and Soul: Forced Sterilization and Other Assaults on Roma Reproductive Freedom in Slovakia* [Cuerpo y alma: esterilización forzada y otros ataques a la libertad reproductiva de las mujeres roma en Eslovaquia], 2003.
56. *Ibid.*, pp. 58-62.
57. *Ibid.*, pp. 66-67.
58. Ley N° 576/2004 Coll., On healthcare, healthcare-related services and on the amendment and supplementing of certain laws [Sobre la atención de salud, servicios relacionados y sobre la enmienda y complementación de ciertas leyes], 22 de sept., 2004, disponible en <http://www.privireal.org/content/rec/documents/Slovakia_ActNo576_Healthcare_2004.pdf>, visitada el 22 de abril, 2008.
59. *Ibid.*, sec. 6(1).
60. *Ibid.*, sec. 6(2-3).
61. *Ibid.*, sec. 6(8).
62. *Ibid.*, sec. 30(4-5).
63. *Ibid.*, sec. 30(2).
64. *Ibid.*, sec. 30(3).

CAPÍTULO IV

Aborto

Si bien en los últimos 30 años se ha visto una tendencia mundial a la liberalización de las leyes nacionales sobre el aborto, en muchos países se continúan imponiendo barreras legales al acceso a los servicios de aborto. A menudo dichas barreras se traducen en la penalización de quienes proveen los servicios de aborto así como de aquellas mujeres que se someten al procedimiento. Incluso en contextos en que las leyes que regulan el aborto son liberales, la falta de claridad en la ley, la ausencia de financiamiento público para el servicio, las engorrosas barreras procedimentales, y la negativa de parte de los proveedores de servicios de salud a ofrecer abortos legales pueden, de hecho, privar a las mujeres del acceso a servicios de aborto seguro. Además, a medida que surgen nuevas tecnologías para la provisión de servicios de aborto, la mayoría de los gobiernos han demorado el acceso a éstas.

Datos sobre el aborto

- Cada año, casi 70 millones de mujeres tienen un embarazo no deseado.¹ Aproximadamente 46 millones de ellas deciden practicarse un aborto.²
- Se estima que 68.000 mujeres de países de bajos recursos mueren cada año a causa de complicaciones de abortos realizados en condiciones de riesgo.³ Más del 40% de estas muertes ocurre en África.⁴
- El 13% de todas las muertes maternas anuales en el mundo se debe a las complicaciones de los abortos realizados en condiciones de riesgo.⁵
- Se estima que cada año se realizan a nivel mundial 20 millones de abortos en condiciones de riesgo y que el 95% de éstos se llevan a cabo en países de bajos ingresos.⁶

Este capítulo aborda la obligación de los Estados de garantizar el derecho de las mujeres a decidir si desean interrumpir o no su embarazo, y, dado caso, a contar con los medios para hacerlo de manera segura. El capítulo revisa los fundamentos legales internacionales de esta obligación e identifica sus tres componentes principales: 1) eliminar las restricciones legales al aborto, 2) garantizar a todas las mujeres el acceso a los servicios de aborto, y 3) asegurar el acceso a la amplia variedad de métodos disponibles para realizar un aborto seguro. Se presentan ejemplos de avances nacionales recientes que reflejan cada una de estas responsabilidades de los Estados.

MARCO DE DERECHOS HUMANOS

Numerosos tratados internacionales y otros instrumentos de derecho internacional le dan respaldo legal al derecho de las mujeres a acceder a servicios de aborto legal y seguro. Estos derechos también se encuentran garantizados en muchas constituciones nacionales.

Para conocer los fundamentos legales internacionales de los derechos marcados en negrillas, ver Apéndice B

El derecho al aborto legal y seguro se encuentra respaldado **por las garantías a la vida y a la salud**. En aquellos países donde el aborto está prohibido por ley o inadecuadamente financiado por el Estado, las mujeres que desean interrumpir su embarazo enfrentan una amenaza contra su bienestar físico, mental y social. Si acuden a un proveedor no calificado o si deciden autoinducirse un aborto, se exponen a sufrir consecuencias devastadoras para su salud física. Entre las complicaciones más comunes están el aborto incompleto, la infección, la hemorragia y el daño de órganos internos. Estas complicaciones pueden tener como resultado la infertilidad, lesiones para toda la vida o incluso la muerte.

Las mujeres tienen **derecho a la autodeterminación reproductiva**. Este derecho está respaldado por las garantías internacionales de los derechos a la integridad física y a la intimidad, y protege el derecho de las personas a tomar decisiones en lo que concierne a su propio cuerpo—particularmente aquellas que afectan la capacidad reproductiva. La comunidad mundial ha reconocido en repetidas oportunidades el derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento entre los nacimientos. Este derecho permite a las mujeres acceder a medios seguros y eficaces para controlar el número de hijos, y por lo tanto, respalda el acceso al aborto.

Restringir el acceso al aborto viola el derecho de las mujeres **a estar libres de discriminación**. Las restricciones que pesan sobre el aborto discriminan a las mujeres al penalizar un procedimiento médico que sólo ellas necesitan, lo que compromete sus derechos a la salud y a la autonomía en la toma de decisiones reproductivas. Las mujeres son las primeras afectadas por el impacto de las restricciones impuestas al aborto, ya que son ellas quienes deben soportar la carga física y emocional de llevar a término embarazos no deseados o arriesgar la vida y la salud al someterse a abortos realizados en condiciones de riesgo.

El derecho de las mujeres a **disfrutar de los beneficios del progreso científico** les garantiza el acceso a la amplia variedad de tecnologías disponibles para brindar un aborto seguro. A medida que las comunidades médicas y científicas logran avances en las tecnologías del aborto, los Estados deben procurar que todas las mujeres se beneficien de estos avances.

Estas garantías legales dan pie a las siguientes obligaciones del Estado:

- **Los Estados deben eliminar las restricciones legales que pesan sobre el aborto.** La liberalización de las leyes sobre aborto puede realizarse en forma gradual, creando excepciones a la criminalización del aborto. Una liberalización más amplia puede incluir la eliminación del aborto del Código Penal, y la reafirmación del derecho al aborto en la Constitución Nacional. Se deben eliminar las barreras a los procedimientos, tales como el consentimiento de los padres y los límites breves de tiempo de gestación para acceder a un aborto.
- **Los Estados deben asegurar el acceso al aborto.** La existencia de numerosos obstáculos para acceder a un aborto legal implica necesariamente que los Estados tienen múltiples obligaciones de eliminarlos. Para eliminar los obstáculos al aborto legal, los Estados deben:
 - ❖ adoptar protocolos que aseguren que todos los proveedores de salud sepan cómo prestar servicios de aborto legal y sin riesgos;
 - ❖ enseñar a las mujeres y a los proveedores los pasos que deben seguir para cumplir con los requisitos para un aborto legal;

- ❖ asegurar que la falta de medios económicos no impida el acceso; y
 - ❖ aprobar leyes y políticas que describan claramente las circunstancias en que se permite la objeción de conciencia de los proveedores, y tomar medidas para asegurar que las mujeres de todas formas tengan acceso a los servicios de salud reproductiva.
- **Los Estados deben tomar medidas para aprobar la amplia variedad de tecnologías para el aborto, incluido el aborto médico.** Para asegurar que todas las mujeres tengan acceso al aborto médico en establecimientos seguros y con personal adecuadamente capacitado, los Estados deben aprobar oficialmente los protocolos para el aborto médico y eliminar las barreras impuestas a este régimen.

1. MEDIDAS PARA ELIMINAR LAS RESTRICCIONES AL ABORTO

Históricamente, el aborto ha sido incluido en el Código Penal. Muchos países han liberalizado sus leyes sobre aborto reformando la ley penal para crear excepciones a la prohibición total del aborto. Es así que en muchos países el aborto continúa siendo un delito, aún cuando existan excepciones en ciertas circunstancias. Por ejemplo, en **Nepal** el aborto ha sido liberalizado a través de reformas graduales a la ley penal. Sin embargo, debido a que la actual penalización refuerza el estigma asociado al procedimiento y desalienta a los proveedores de salud a ofrecer este servicio, los defensores del derecho al aborto han recomendado que el aborto sea eliminado completamente del Código Penal Nacional. **Sudáfrica** ha ido más allá, no sólo al despenalizar el aborto, sino reconociendo el derecho al procedimiento. Además, las barreras procedimentales que pesan sobre el aborto pueden privar el acceso incluso en países en que el aborto es legal por diversos motivos. En legislación reciente, **Francia** abordó dos barreras al acceso: los límites de tiempo de gestación y el requisito de la autorización de los padres.

Leyes sobre aborto en el mundo

Cincuenta y cuatro países, que representan el 41% de la población mundial, permiten a las mujeres obtener servicios de aborto sin restricción en cuanto a los motivos. Si bien algunos de estos países imponen barreras de procedimiento para acceder al aborto, como los requisitos de autorización de los padres o consejería, sus leyes sobre el aborto se encuentran entre las más liberales del mundo.

El resto de los países del mundo imponen diversos niveles de restricción. Los países más restrictivos son aquellos que permiten el aborto sólo para salvar la vida de una mujer o no hacen excepciones explícitas a la prohibición del aborto. Setenta y dos países, que representan el 26% de la población mundial, caen en esta categoría más restrictiva (34 de ellos hacen excepciones explícitas en el caso de abortos que deben ser realizados para salvar la vida de la madre).

La segunda categoría más restrictiva incluye leyes sobre aborto que permiten el procedimiento para salvar la vida de la mujer y de proteger su salud física. Treinta y cinco países, en donde habita el 10% de la población mundial, se encuentran dentro de esta categoría.

Veinte países, en los que habita aproximadamente el 3% de la población mundial, permiten el aborto explícitamente cuando se trata de preservar la vida de la mujer, su salud física y su salud mental; dependiendo de la definición que dé cada país, la salud mental puede abarcar cualquier situación, desde el trauma de la violación, hasta las dificultades socioeconómicas.

Finalmente, 14 países, que representan el 21% de la población mundial, permiten el aborto no sólo para proteger la vida y la salud de la mujer, sino también por razones socioeconómicas, que incluyen dificultades sociales y económicas y la consideración de la capacidad de una mujer de cuidar a su familia.

Es importante mencionar que los países, sin importar a qué categoría de restricción pertenezcan, puede que permitan el aborto por motivos de violación, incesto y malformación fetal grave.

Fuente: CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, LEYES SOBRE ABORTO EN EL MUNDO (2005).

A. Nepal permite el aborto por motivos diversos

Históricamente, el aborto en Nepal estaba estrictamente prohibido excepto cuando se realizaba con el propósito del “bienestar”, a pesar de que la ley no definía claramente cuáles eran las circunstancias que calificaban para esta excepción.⁷ Entre el 20% y el 60% de los ingresos obstétricos y ginecológicos en los hospitales más importantes se debían a complicaciones de abortos realizados en condiciones de riesgo.⁸ Además, se imponían sanciones penales a las mujeres que supuestamente se habían practicado un aborto, lo que tenía como resultado el encarcelamiento de mujeres y jóvenes acusadas de poner fin a su embarazo.⁹ En el año 2002, después de años de organización y liderazgo de parte de los defensores de los derechos y la salud de las mujeres, Nepal liberalizó de manera considerable su ley sobre el aborto para permitir el procedimiento por diversos motivos.¹⁰

Nepal enmendó recientemente su restrictiva ley sobre aborto con la adopción de la Décimo Primera Enmienda al Muluki Ain (Código Nacional), que entró en vigencia el 26 de septiembre de 2002.¹¹ La Décimo Primera Enmienda cambia las disposiciones del Código Nacional en lo que respecta a los homicidios.

Motivos por los cuales el aborto no es sancionable

La enmienda legaliza los abortos que son realizados por un médico aprobado por el Estado, en las siguientes condiciones:

Solicitud de aborto

Una mujer puede practicarse un aborto si lo solicita durante las primeras 12 semanas de embarazo. Todo lo que se necesita es el consentimiento voluntario de la mujer.¹²

Violación o incesto

Si el embarazo es resultado de una violación o de incesto, puede interrumpirse hasta las 18 semanas de gestación.¹³

Riesgo para la vida y la salud, y malformación fetal grave

Una mujer puede practicarse un aborto en cualquier momento durante el embarazo si su salud física o mental está en riesgo, o si hay riesgo de malformación fetal grave. Para someterse a un aborto en estas circunstancias, la mujer debe contar con la recomendación de un médico autorizado y debe otorgar su consentimiento.¹⁴

No es necesario el consentimiento del cónyuge para practicar un aborto y la ley no hace distinción entre mujeres casadas o solteras.¹⁵

Disposiciones sobre aborto selectivo en función del sexo

La ley prohíbe a todas las personas obligar, coaccionar, “engañar”, o entregar incentivos a una mujer embarazada para que se realice un aborto selectivo en función del sexo o para determinar el sexo del feto con el propósito de abortar. La violación de estas prohibiciones está sujeta a un año de encarcelamiento. Toda persona que realice o que obligue a una mujer embarazada a realizarse un aborto selectivo en función del sexo está sujeta a ser sancionada con un año adicional de encarcelamiento.¹⁶

B. La Constitución sudafricana protege el derecho al aborto

Sudáfrica reconoció el derecho a poner fin a un embarazo de manera segura en 1994, luego de caer el régimen del apartheid. Después de décadas de la aplicación inconsistente de la restrictiva ley de aborto sudafricana—que negaba servicios de aborto a mujeres de bajos ingresos, pero no a las de mayores ingresos que sí eran capaces de pagar por servicios de calidad en clínicas privadas— el Estado reconoció el acceso al aborto seguro como una cuestión de justicia social y de derechos humanos. La Alianza por los Derechos Reproductivos, coalición de organizaciones no gubernamentales (ONGs) dedicada a los derechos humanos, la salud y al desarrollo, fue fundamental para la liberalización de la ley sobre aborto.¹⁷ Entre las estrategias de activismo exitosas se incluyeron el énfasis en los derechos humanos y en los problemas de salud pública consecuencia del aborto realizado en condiciones de riesgo.¹⁸ Durante las audiencias públicas que se realizaron para definir si debía o no liberalizarse el aborto, un estudio nacional sobre morbilidad y mortalidad relacionadas con el aborto en condiciones de riesgo tuvo un gran impacto sobre los políticos, especialmente al revelar los altos costos que sus complicaciones conllevan para el sistema de salud.¹⁹ Le Ley de 1996 sobre la Elección de la Interrupción del Embarazo es la ley más liberal sobre aborto en África.²⁰

Protección constitucional de la toma de decisiones reproductivas

La Declaración de Derechos de la Constitución de Sudáfrica de 1996, en la sección 12, garantiza a los ciudadanos “el derecho a la integridad física y psicológica, que incluye el derecho a tomar decisiones respecto a la reproducción y [el derecho] a la seguridad y al control sobre su cuerpo...”²¹ Además, la sección 27 de la Constitución estipula que todas las personas tienen “el derecho a tener acceso a...servicios de atención sanitaria, incluyendo servicios de salud reproductiva...”²²

Estas protecciones constitucionales están reforzadas en la ley nacional sobre aborto.

Circunstancias en que el aborto es legal

La Ley sobre la Elección de la Interrupción del Embarazo legaliza el aborto cuando éste se realiza bajo las siguientes condiciones:

Solicitud de aborto

Una mujer puede practicarse un aborto si lo solicita durante las primeras 12 semanas de embarazo. En estas circunstancias, el aborto puede ser realizado por médicos o por parteras profesionales.²³

Aborto por diversas indicaciones

Un proveedor de servicios médicos puede realizar un aborto hasta la semana 20 de gestación si él o ella estima que el embarazo pone en riesgo la salud física o mental de la mujer, que existe un riesgo importante de que el feto presente malformaciones o deficiencia mental graves, que el embarazo sea el resultado de una violación o de incesto, o que continuar con el embarazo afectaría considerablemente las circunstancias sociales o económicas de la mujer.²⁴

Riesgo para la vida o malformación fetal grave

El aborto puede practicarse en cualquier momento si un proveedor de servicios médicos, luego de consultar con otro profesional médico o con una partera profesional certificada, estima que continuar el embarazo implicaría una amenaza a la vida de la mujer o que éste podría derivar en malformaciones fetales graves o daño para el feto.²⁵

C. Francia reduce las barreras de procedimientos para el aborto

Según un representante del Ministerio de Salud de Francia, la eliminación del requisito de consentimiento de los padres en el caso del aborto protege los derechos y la seguridad de los menores cuyo bienestar físico y emocional podría verse amenazado al tener que obtener el consentimiento de los padres.²⁶

En el año 2001, Francia promulgó una legislación que extendió de 12 a 14 semanas el período de gestación en que el aborto es legal sin restricción alguna. Francia también eliminó el requisito del consentimiento de los padres; a las menores que se presenten en un establecimiento de salud solicitando un aborto sólo se les pedirá que estén acompañadas por un adulto escogido por ellas.²⁷

2. MEDIDAS PARA ASEGURAR EL ACCESO AL ABORTO

La legalización del aborto en sí misma no garantiza el acceso a los servicios de aborto. Esto es particularmente cierto en países en que el aborto ha estado penalizado históricamente y en que el sistema de salud no está acostumbrado a proveer este procedimiento. Los proveedores de salud deben recibir protocolos y capacitación sobre los procedimientos de aborto, como se hizo en **Etiopía** después de una reforma legal reciente. Además, con el fin de que la liberalización gradual de las leyes restrictivas sobre aborto tenga efecto, los Estados deben orientar a los proveedores de salud respecto de cómo interpretar las excepciones a las prohibición legal del aborto. Esta orientación puede tomar la forma de normas para implementar la reforma del aborto, como aquellas adoptadas por el **Distrito Federal de México**. El distrito tomó medidas adicionales para abordar el acceso al aborto, reconociendo que allí donde no se garantiza el financiamiento de servicios de aborto para mujeres de bajos ingresos, sólo muy pocas mujeres podrán acceder a estos servicios. Finalmente, abordó la objeción de conciencia y las cláusulas de conciencia, que permiten a los proveedores de servicios médicos negarse a realizar ciertos procedimientos de salud sobre la base de objeciones religiosas o morales. Debido a que estas negativas pueden afectar la disponibilidad de los servicios de aborto, el Distrito Federal tomó medidas para limitar el alcance de la objeción de conciencia.

A. Etiopía adopta pautas para servicios de aborto sin riesgos

Antes del año 2004, el aborto estaba permitido en Etiopía sólo para salvar la vida de la mujer, para proteger su salud y en casos de violación. Representantes de la sociedad civil, incluidos proveedores de servicios médicos, abogados y ONGs internacionales participaron en el debate nacional sobre la liberalización de la ley de aborto.²⁸ De acuerdo con el nuevo Código Penal, adoptado en el año 2004, el aborto no es sancionable cuando se realiza para salvar la vida o la salud de la mujer; en casos de violación, incesto, y malformación fetal grave; y cuando una mujer embarazada no tiene la capacidad de cuidar a su hijo/a debido a su edad o a su salud física o mental.²⁹ Se logró un gran avance hacia la implementación de la nueva ley gracias al comunicado que hizo el Ministerio de Salud de las pautas para servicios de aborto sin riesgos.³⁰

En junio del año 2006, el Ministerio de Salud de Etiopía emitió las *Pautas Técnicas y de Procedimientos para Servicios de Aborto sin Riesgos en Etiopía* que presentan principios y estándares básicos para la provisión de servicios de aborto.³¹

Reconocimiento de la obligación de abordar la mortalidad materna y proteger los derechos

De acuerdo con las pautas, tras el compromiso del Estado para mejorar los servicios de aborto se encuentran las altas tasas de mortalidad y morbilidad materna en Etiopía, las obligaciones del país según los tratados internacionales y documentos de consenso en lo que respecta a derechos humanos, y los mandatos de la propia Constitución de Etiopía y sus políticas nacionales.³²

Atención centrada en la mujer

Las pautas se centran en dos tipos de atención relacionada con la interrupción del embarazo: atención de aborto “centrada en la mujer” y atención postaborto. “La atención de aborto centrada en la mujer” se define como “un enfoque integral a la provisión de servicios de aborto que considera los diversos factores que influyen en las necesidades particulares de salud mental y física de la mujer, sus circunstancias personales, y su capacidad para acceder a los servicios”. De acuerdo con las pautas, esta atención incluye servicios “que apoyen a las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos”. La atención postaborto constituye un conjunto de servicios integrales para mujeres que acuden a establecimientos de salud con complicaciones luego de un aborto espontáneo o de haber intentado interrumpir su embarazo.³³

Aclaración de los requisitos legales para el aborto

Las pautas presentan una interpretación oficial del marco legal del aborto, que incluye las siguientes estipulaciones:

- el aborto debe ser practicado dentro de los tres días desde que la mujer lo solicita;
- a la mujer que solicita un aborto por razones de violación o incesto no se le exige remitir pruebas del delito o la identidad del agresor; y
- a la mujer que solicita un aborto debido a que ella es menor de edad e incapaz de cuidar a su hijo/a no se le solicita comprobar su edad.³⁴

Consejería

Las disposiciones sobre servicios de aborto incluidas en las pautas abordan la consejería y la toma de decisiones informadas.³⁵

Medidas para ampliar el acceso

Las pautas también presentan los procedimientos para el aborto médico (ver texto en el recuadro a continuación) y el aborto quirúrgico. Además, las pautas permiten explícitamente a los proveedores de salud paramédicos, como por ejemplo las enfermeras clínicas y las asistentes de parto profesionales, proveer servicios de aborto integrales, incluida la aspiración manual endouterina y el aborto médico.³⁶

B. El Distrito Federal de México exige a los establecimientos de salud pública que ofrezcan servicios de aborto

En el año 2000, el Distrito Federal de México realizó una reforma a su Código Penal para eliminar las sanciones a los abortos realizados cuando la salud de la mujer se encuentra en peligro, en casos de malformación fetal grave, y cuando el embarazo ha sido producto de una inseminación artificial no consentida. Las excepciones anteriormente reconocidas por la ley—en caso de violación, peligro para la vida de la mujer, y aborto no intencional ocasionado por accidentes—permanecen en efecto.³⁷ En el año 2002, la Secretaría de Salud emitió unas normas relacionadas con su implementación que exigen que los establecimientos de salud garanticen el acceso a servicios de aborto en las circunstancias en que éste sea legal. En 2004, el Código de Salud Pública fue enmendado considerablemente para reforzar la obligación de los establecimientos de salud de ofrecer acceso a servicios de aborto, incluyendo el deber de limitar el alcance de la “objeción de conciencia”.

*Normas para los proveedores de atención en salud**Reconocimiento de que la “salud” incluye la salud mental*

La Secretaría de Salud del Distrito interpreta explícitamente la disposición del Código Penal que permite el aborto cuando la salud de la mujer está en riesgo, como que ésta incluye el riesgo para la salud mental y física de la mujer.³⁸

*Reformas al Código de Salud Pública**Servicios que se ofrecen en forma gratuita*

En el año 2004, el Distrito Federal de México realizó una enmienda a su Código de Salud Pública para determinar que, en los casos en que el aborto es legal, las instituciones públicas de salud deben realizar los procedimientos de aborto gratuitamente y en condiciones de calidad.³⁹

Información oportuna y veraz

La ley también exige que a las mujeres embarazadas se les ofrezca información oportuna y veraz sobre otras opciones con que cuentan además del aborto, así como acerca de las consecuencias del aborto para su salud.⁴⁰

Límites a la “objeción de conciencia”

El aborto legal debe realizarse dentro de cinco días desde que la mujer lo solicita. Los proveedores de servicios de salud que se oponen al aborto por creencias religiosas o convicciones personales pueden negarse a practicar el procedimiento, pero deben remitir a la mujer embarazada a un médico que sí esté dispuesto a realizarlo. Los proveedores de salud no pueden negarse a realizar un aborto en situaciones de emergencia cuando el embarazo amenaza la salud o la vida de la mujer. Las instituciones públicas de salud deben garantizar la oportuna provisión de los servicios y la disponibilidad de personal que no se oponga a realizar el procedimiento.⁴¹

3. DISPONIBILIDAD DE LA AMPLIA VARIEDAD DE TECNOLOGÍAS PARA EL ABORTO

Los avances médicos han mejorado en forma continua las tecnologías disponibles para el aborto. Por ejemplo, la aspiración al vacío ha reemplazado el curetaje como el método preferido para el aborto quirúrgico, lo que ha hecho que el procedimiento sea considerablemente más seguro y menos incómodo.⁴² La reciente disponibilidad de métodos médicos no quirúrgicos para la interrupción del embarazo ofrece a las mujeres otra alternativa más. En al menos 36 países la mifepistona está registrada para ser usada como método de aborto médico.⁴³ Estudios en los que participaron mujeres y médicos en Francia, Gran Bretaña y Suecia, en donde el aborto médico con mifepristona es legal desde hace más de 10 años,⁴⁴ proveen abundante evidencia de que el régimen es seguro, eficaz y bien aceptado por las mujeres. Así, por ejemplo, el aborto médico fue recientemente aprobado en **Vietnam**, donde fue incluido en las pautas de provisión de atención de salud reproductiva.

¿Qué es el aborto médico?

El aborto médico es una alternativa temprana, segura y eficaz al aborto quirúrgico; generalmente requiere el uso de dos medicamentos para interrumpir el embarazo. El régimen más común implica el uso de una dosis oral de mifepristona, medicamento que bloquea los receptores de progesterona y que, por lo tanto, desprende al embrión del útero, seguida de una dosis de misoprostol administrada hasta 48 horas más tarde. El misoprostol es un análogo de la prostaglandina que provoca contracciones uterinas con el fin de completar el aborto.⁴⁵ Este régimen, que puede iniciarse tan pronto como se haya confirmado el embarazo,⁴⁶ tiene una eficacia aproximada del 95%.⁴⁷ La mayoría de los países que han aprobado los regímenes de aborto médico permiten su uso hasta la séptima semana de gestación; Suecia y el Reino Unido permiten el aborto médico hasta la novena semana de embarazo.⁴⁸ La mifepristona, aprobada por primera vez para ser usada para el aborto médico en Francia en 1988, también es conocida por su nombre original francés: RU-486.⁴⁹

El aborto médico no debe ser confundido con la anticoncepción de emergencia (AE). Mientras que el aborto médico interrumpe un embarazo, la AE lo previene. La AE incluye las píldoras anticonceptivas de emergencia, que por lo general se toman dentro de las 72 horas posteriores a una relación sexual sin protección, y el dispositivo intrauterino T de cobre, que puede ser insertado hasta siete días después de una relación sexual sin protección.⁵⁰ Mientras que la AE ha sido pensada para prevenir el embarazo de diversas maneras, dependiendo de en qué día del ciclo menstrual se encuentre la mujer,⁵¹ investigaciones científicas recientes indican que aparentemente el método más popular de AE funciona previniendo ovulación.⁵² Ningún tipo de AE es eficaz una vez que ya se ha iniciado la implantación, lo que significa que la AE no puede interferir con un embarazo en curso.⁵³

A. Vietnam incluye el aborto médico en las normas de salud reproductiva

*En Vietnam, el aborto es legal y tiene relativamente pocas restricciones. Los servicios se encuentran ampliamente disponibles en el sistema público de salud, incluso en zonas rurales.*⁵⁴

En el año 2002, con el lanzamiento de sus Estándares y Pautas Nacionales para los Servicios de Atención de Salud Reproductiva,⁵⁵ Vietnam dio un paso adelante hacia la provisión del aborto médico en establecimientos públicos.

Restricciones para los establecimientos y los proveedores

Las pautas permiten el aborto médico hasta los 49 días de gestación y sólo los médicos capacitados en aborto médico están autorizados para ofrecer este servicio. Los servicios están disponibles solamente a nivel central y provincial, por lo cual las mujeres que viven a más de 30 minutos del establecimiento no pueden usar este método para realizarse un aborto.⁵⁶

Énfasis en la consejería

La consejería debe informar sobre todos los métodos disponibles para practicarse un aborto, incluyendo el aborto médico no quirúrgico; sobre las complicaciones y los efectos secundarios del aborto médico, así como sobre los signos de peligro de dichas complicaciones; qué esperar cuando se toma el medicamento; cuánto demora la mujer en recuperar la fertilidad; consejería en anticoncepción postaborto; y la importancia de la visita de seguimiento que se realiza al cabo de dos semanas.⁵⁷ Las disposiciones generales sobre la consejería se centran en las necesidades particulares de las adolescentes y las mujeres que han sufrido violencia.⁵⁸

Breve período de observación

Las pautas recomiendan que los medicamentos sean administrados en la clínica y bajo supervisión médica, con 15 minutos de observación luego de la administración de la dosis de mifepristona y cuatro horas de observación luego de la dosis de misoprostol.⁵⁹

Seguimiento

Dos semanas después, se llevará a cabo un examen de seguimiento para determinar si el aborto ha sido completo y para verificar si hay sangrado.⁶⁰

CONCLUSIÓN

Existen diversos frentes legales para buscar el reconocimiento del derecho de la mujer a acceder a servicios de aborto seguro. Las ONGs pueden seguir luchando en favor de una reforma legal que amplíe las causales para acceder a un aborto legal, saque el aborto del dominio de la ley penal, reconozca el derecho a practicarse un aborto y reduzca las barreras al procedimiento. El enfoque gradual, que promueve el acceso en aquellos lugares donde el aborto es legal en ciertas circunstancias, también está ganando terreno en comunidades que tienen leyes relativamente restrictivas. Algunos medios específicos para mejorar el acceso incluyen determinar claramente los procedimientos para practicarse un aborto, garantizar financiación para el aborto legal, y limitar la capacidad que otorga la ley a los proveedores de negarse a proveer servicios de aborto. Además, las mujeres deben tener acceso a la amplia variedad de tecnologías para el aborto.

Notas

1. GLOBAL HEALTH COUNCIL, *Promises to Keep: The Toll of Unintended Pregnancies on Women's Lives in the Developing World* [Promesas por cumplir: el costo de los embarazos no planificados para la vida de las mujeres en los países en desarrollo], 2002, p. 3.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, 2003, p. 12. [en adelante OMS, *Guía de aborto sin riesgos*].
3. OMS, PROGRAMA ESPECIAL DE INVESTIGACIÓN, DESARROLLO Y CAPACITACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN EN REPRODUCCIÓN HUMANA, *Prevention of Unsafe Abortion: The Persistent Public Health Problem* [Prevención del aborto realizado en condiciones de riesgo: un problema de salud pública persistente], disponible en <www.who.int/reproductive-health/unsafe-abortion/>, visitada el 29 de febrero, 2008.
4. *Ibid.*
5. OMS, *Guía de aborto sin riesgos*, *supra* nota 2, p. 14.
6. *Ibid.*, p. 12.
7. Muluki Ain, 2020 (1963), N° 28, Capítulo sobre el Homicidio; CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Abortion in Nepal: Women Imprisoned* [El aborto en Nepal: Mujeres encarceladas], 2000, p. 38–39.
8. ANAND TAMANG, *Preventing Unsafe Abortions to Save Women's Lives: Issues and Challenges* [Prevenir los abortos realizados en condiciones de riesgo para salvar la vida de las mujeres: Temas y desafíos], Presentación en la Reunión sobre la Provisión de Derechos Reproductivos de las Mujeres en la Décimo Primera Enmienda al Muluki Ain (Código Civil), 8 de marzo de 2001.
9. CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Abortion in Nepal: Women Imprisoned* [El aborto en Nepal: Mujeres encarceladas], 2002.
10. CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Fourteen Nepalese Women Freed for Abortion-related Offenses; Others Continue to Languish in Prison* [Catorce mujeres fueron liberadas de infracciones relacionadas con el aborto: otras se consumen en la cárcel], noviembre, 2004, disponible en <http://www.reproductiverights.org/ww_asia_nepal.html>, visitada el 3 de marzo, 2008.
11. *Women's groups hail passage of abortion bill* [Grupos de mujeres aclaman el proyecto de ley sobre el aborto], *Kathmandu Post*, 28 de septiembre, 2002, disponible en <<http://www.nepalnews.com.np/contents/englishdaily/ktmpost/2002/sep/sep28/index.htm#2>>, visitada el 3 de marzo, 2008.
12. Muluki Ain (Décimo Primera Enmienda), 2059 (2002), No. 28(a), Chapter on Life (Capítulo sobre la vida; traducción no oficial al inglés del Centro de Derechos Reproductivos).
13. *Ibid.*
14. *Ibid.*
15. *Ibid.* Ver CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Women of the World: Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives – South Asia* [Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas – Sur de Asia], 2004, p. 131.
16. Muluki Ain (Décimo Primera Enmienda), *supra* nota 12.
17. BARBARA KLUGMAN AND SANJANI JANE VARKEY, The Women's Health Project, "From Policy Development to Policy Implementation: The South African Choice on Termination of Pregnancy Act" [Desde el desarrollo de políticas hasta su implementación: la Ley de Sudáfrica sobre la elección de la interrupción del embarazo] en *Advocating for Abortion Access: Eleven Country Studies* [Estrategias para el acceso al aborto legal y seguro: Un estudio en once países], BARBARA KLUGMAN & DEBBIE BUDLENDER (eds.), 2001, p. 257.
18. *Ibid.*, pp. 251, 256.
19. *Ibid.*, p. 258.
20. No. 92 of 1996: Choice on Termination of Pregnancy Act [Ley sobre interrupción voluntaria del embarazo], No. 1891, 22 de noviembre, 1996, art. 2(1) (S. Afr.) disponible en <<http://www.info.gov.za/acts/1996/a92-96.pdf>>, visitada el 3 de marzo, 2008.
21. Constitución de la República de Sudáfrica, 1996, capítulo 8, sec. 12(2).
22. *Ibid.*, capítulo 2, sec. 27.
23. No. 92 of 1996: Choice on Termination of Pregnancy Act [Ley sobre la interrupción voluntaria del embarazo], No. 1891, *supra* nota 20, arts. 2(1)(a), 2(2).
24. *Ibid.*, art. 2(1)(b).
25. *Ibid.*, art. 2(1)(c).
26. KAREN BIRCHARD, "Abortion Laws Align France with Neighbours: Girls Under 18 No Longer Need Parental Consent" [Las leyes sobre aborto alinean a Francia con sus vecinos: las niñas menores de 18 ya no necesitan el consentimiento de los padres], *Medical Post*, no. 37, 7 de noviembre, 2000, p. 37.
27. Loi No. 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception [Ley No. 2001-588 del 4 de julio de 2001 sobre la interrupción voluntaria del embarazo y la anticoncepción], publicada en el Journal Officiel No. 156 [Diario Oficial No. 156], 7 de julio, 2001, p. 10823 (Fr.).
28. IPAS, *Ipas in Ethiopia* [Ipas en Etiopía], 2005, disponible en inglés en <http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file704_3030.pdf>, visitada el 3 de marzo, 2008.
29. Proclamation N° 414/2004 [Proclamación No. 414/2004], *Criminal Code of the Federal Democratic Republic of Ethiopia* [Código Penal de la República Democrática Federal de Etiopía], Libro 5, Título 1, Cap. 1, sec. 1, art. 551, disponible en inglés en <<http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/70993/75092/F1429731028/ETH70993.pdf>>, visitada el 3 de marzo, 2008.
30. MINISTERIO DE SALUD FEDERAL DE ETIOPÍA, *Technical and Procedural Guidelines for Safe Abortion Services* [Pautas técnicas y de procedimientos para servicios de aborto sin riesgos], 2006.
31. *Ibid.*
32. *Ibid.*, pp. 1-4.
33. *Ibid.*, pp. 5-7.
34. *Ibid.*, pp. 7-12.

35. *Ibid.*, p. 12.
36. *Ibid.*, pp. 22-26.
37. Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Código Penal para el Distrito Federal y del Código de Procedimientos Penales del Distrito Federal, publicado en la *Gaceta oficial del Distrito Federal*, 24 de agosto, 2000 (Méx.).
38. Circular/GDF-SSDF/02/02: Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud Relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal, publicado en la *Gaceta oficial del Distrito Federal*, 23 de abril, 2002 (Méx.).
39. Decreto que reforma los artículos 145 y 148 del nuevo Código Penal para el Distrito Federal y se adicionan los artículos 16 bis 6 y 16 bis 7 a la ley de salud para el Distrito Federal, publicado en la *Gaceta oficial del Distrito Federal*, 27 de enero, 2004 (Méx.).
40. *Ibid.*, p. 16 bis 6.
41. *Ibid.*, p. 16 bis 7.
42. OMS, *Guía de aborto sin riesgos*, *supra* nota 2, pp. 32-33.
43. GYNUITY HEALTH PROJECTS, *Mifepristone Approval* [Aprobación de mifepristona], *disponible en* <http://www.gynuity.org/documents/mife_approval_2005_listupdated0206.pdf>, visitada el 3 de marzo, 2008.
44. La mifepristona fue registrada para ser usada como medicamento abortivo en 1988 en Francia, en 1991 en Gran Bretaña y en 1992 en Suecia. RACHEL K. JONES & STANLEY K. HENSHAW, "Mifepristone for Early Medical Abortion: Experiences in France, Great Britain and Sweden" [Mifepristona para el aborto médico temprano: experiencias en Francia, Gran Bretaña y Suecia], *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, no. 3, 2002, p. 34, *disponible en* <<http://www.agi-usa.org/pubs/journals/3415402.html>>, visitada el 3 de marzo, 2008.
45. GYNUITY HEALTH PROJECTS, *Providing Medical Abortion in Developing Countries: an Introductory Guidebook* [Provisión del aborto médico en países en desarrollo: una guía introductoria], 2004, pp. 3, 13, *disponible en* <http://www.gynuity.org/documents/guidebook_sp.pdf>, visitada el 3 de marzo, 2008.
46. IPAS, *Medical Abortion – Implications for Africa* [Aborto médico – implicaciones para África], 2003, p. 4, *disponible en* <http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file562_2534.pdf>, visitada el 3 de marzo, 2008.
47. GYNUITY HEALTH PROJECTS, *supra* nota 45, p. 4.
48. *Ibid.*, p. 11.
49. *Ibid.*, p. 1.
50. CONSORCIO INTERNACIONAL SOBRE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA (ICEC), *IUDs for Emergency Contraception* [Uso de DIU para anticoncepción de emergencia], *disponible en* <<http://www.cecinfo.org/what/iudsForEC.htm>>, visitada el 3 de marzo, 2008.
51. ICEC, *Posicionamiento sobre el Mecanismo de Acción: ¿Cómo actúan las píldoras anticonceptivas de emergencia en la prevención del embarazo?*, julio de 2003, *disponible en* <http://cecinfo.org/PDF/MoA_Spanish.pdf>, visitada el 3 de marzo, 2008. Se ha informado que la AE previene el embarazo inhibiendo la ovulación, bloqueando la fecundación, o previniendo la implantación del óvulo fecundado en el útero.
52. POPULATION COUNCIL, "Se esclarece mecanismo de acción de la anticoncepción de emergencia", Population Briefs: Reports on Population Council Research (Resúmenes de población: Reportes del Consejo de Población), vol. 11, no. 2, mayo de 2005, *disponible en* <[http://www.popcouncil.org/pdfs/popbriefs/PB11\(2\)EC_article_Spanish.pdf](http://www.popcouncil.org/pdfs/popbriefs/PB11(2)EC_article_Spanish.pdf)>, visitada el 3 de marzo, 2008.
53. ICEC, *Posicionamiento sobre la anticoncepción de emergencia y el aborto médico*, julio de 2003, *disponible en* <http://www.cecinfo.org/publications/PDFs/policy/EC_MedicalAbortion_Spanish.pdf>, visitada el 3 de marzo, 2008.
54. IPAS, *Vietnam introduces medication abortion to enhance women's options for safe pregnancy termination* [Vietnam introduce el aborto médico para mejorar las opciones de las mujeres de interrumpir el embarazo de manera segura], 11 de agosto, 2004.
55. MINISTERIO DE SALUD DE VIETNAM, *National Standards and Guidelines for Reproductive Health Care Services* [Estándares y pautas nacionales para los servicios de atención de salud reproductiva] *disponible en* Ipas Resource Center, 2004.
56. *Ibid.*, p. 193.
57. *Ibid.*, pp. 189-190, 194.
58. *Ibid.*, pp. 189-190.
59. *Ibid.*, p. 194.
60. *Ibid.*

CAPÍTULO V

Prácticas nocivas— La mutilación genital femenina

El Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África (Protocolo Sobre los Derechos de las Mujeres en África) define las prácticas nocivas como “todo comportamiento, actitud y/o práctica que afecte negativamente los derechos fundamentales de las mujeres y niñas, tales como su derecho a la vida, a la salud, a la dignidad, a la educación y a la integridad física...”.¹ La mayoría de las sociedades tienen costumbres y tradiciones que pueden poner en riesgo la salud, el bienestar o la dignidad de las mujeres y las jóvenes. A nivel mundial, las prácticas que de manera consistente se reconocen como nocivas para las mujeres incluyen, entre otras, la mutilación genital femenina (MGF), el matrimonio infantil, las muertes relacionadas con la dote, los asesinatos por honor y las manifestaciones de preferencia por el hijo varón.²

Este capítulo se avoca únicamente a la obligación de los Estados de poner fin a la práctica nociva de la MGF, que es definida por la Organización Mundial de la Salud como un conjunto de “procedimientos que involucran la remoción parcial o total de los genitales externos u otra lesión a los órganos genitales femeninos ya sea por motivos culturales, religiosos u otras razones no terapéuticas”.³ Además, revisa los fundamentos legales internacionales de esta obligación e identifica sus tres componentes principales: 1) crear conciencia pública sobre la amenaza de estas prácticas para los derechos de las mujeres, 2) crear mecanismos legales para prevenir la MGF, y 3) garantizar la atención para las niñas que han sido sometidas a la MGF y han sufrido complicaciones. El capítulo presenta ejemplos de instrumentos legales y de políticas a nivel nacional que, a través de distintos medios, buscan erradicar la práctica de la MGF.

Datos sobre la MGF

- Aproximadamente entre 100 y 140 millones de niñas y mujeres en todo el mundo viven con los efectos de la MGF.⁴
- La MGF por lo general se realiza en niñas entre los 4 y los 12 años de edad. No obstante, en distintas comunidades, puede realizarse tan pronto como pocos días después del nacimiento o tan tarde como poco antes del matrimonio o después del primer embarazo.⁵
- Cada año, al menos tres millones de niñas están en riesgo de ser sometidas a alguna forma de MGF,⁶ práctica que se realiza en 28 países de África subsahariana y del norte, y se ha reportado en partes de Asia y del Medio Oriente. La MGF también ocurre en grupos de inmigrantes de países de estas regiones que residen en Europa, Norteamérica y Australia.⁷
- La prevalencia varía dentro de África, fluctuando entre el 5% en Uganda y la República Democrática del Congo, y el 98% en Djibouti y Somalia.⁸

MARCO DE DERECHOS HUMANOS

El **derecho a la seguridad personal**, que protege el derecho de la mujer a la integridad física, asegura el estar libre de violencia. La MGF obligatoria priva a las mujeres del derecho a tomar decisiones independientes sobre asuntos que afectan sus cuerpos, rechaza el estado del cuerpo femenino y sus funciones sexuales de ocurrencia natural e invade la privacidad de la mujer en lo relativo a su sexualidad.⁹ La MGF también es considerada como una forma de violencia contra la mujer ya que vulnera la libertad y la integridad física de las mujeres.¹⁰

Para conocer los fundamentos legales internacionales de los derechos marcados en negrillas, ver Apéndice B

El derecho a estar libre de la MGF también se encuentra comprendido dentro del **derecho a estar libre de discriminación**, debido a que la práctica de la MGF distingue en base al sexo y evita el disfrute igualitario por parte de las mujeres de los derechos fundamentales antes descritos. La MGF busca controlar la sexualidad de las mujeres y transmite un claro mensaje sobre la subordinación en que la sociedad tiene a mujeres y niñas.¹¹

La MGF también impide el disfrute del **derecho de las mujeres a la salud**, debido a que la práctica puede llevar a complicaciones físicas y psicológicas perjudiciales, además de que someter a alguien a una extirpación invasiva y médicamente innecesaria de un tejido sano, viola el derecho, ampliamente aceptado, “al más alto nivel posible de salud”.¹²

En los casos más serios en que las niñas se desangran hasta la muerte o sufren otras complicaciones graves, la MGF priva a las niñas de su **derecho a la vida**.

El Protocolo sobre los Derechos de las Mujeres en África expresa claramente las obligaciones que estos derechos implican para los Estados y aborda específicamente la MGF.

DISPOSICIONES SOBRE LA MGF EN EL PROTOCOLO A LA CARTA AFRICANA DE DERECHOS HUMANOS Y DE LOS PUEBLOS RELATIVO A LOS DERECHOS DE LA MUJER EN ÁFRICA

Artículo 5. Erradicación de prácticas nocivas

Los Estados Partes deben prohibir y condenar todas las prácticas nocivas que afecten negativamente los derechos humanos de las mujeres y que sean contrarias a los estándares internacionalmente reconocidos. Los Estados Partes deben tomar todas las medidas legislativas y otras necesarias para eliminar tales prácticas, incluidas:

- a) la creación de conciencia pública en todos los sectores de la sociedad sobre las prácticas nocivas a través de información, educación formal e informal y programas de educación continua;
- b) la prohibición, a través de medidas legislativas que prevean sanciones, de todas las formas de mutilación genital femenina, creación de cicatrices, medicalización y para-medicalización de la mutilación genital femenina y todas las otras prácticas con el fin de erradicarlas;
- c) la provisión del apoyo necesario a las víctimas de prácticas nocivas a través de servicios básicos tales como servicios de salud, asistencia legal y judicial, consejería emocional y psicológica, así como también capacitación vocacional para hacerlas económicamente autónomas; y
- d) la protección de las mujeres que se encuentran en riesgo de ser sometidas a prácticas nocivas y todas las demás formas de violencia, abuso e intolerancia.¹³

Estas garantías legales exigen a los Estados:

- **Crear conciencia pública sobre la naturaleza nociva de la práctica.** Resulta esencial mejorar el acceso de las mujeres a información sobre sus derechos reproductivos y sobre los daños que sobrevienen luego de la MGF, de tal forma que sean capaces de reclamar sus derechos y los de sus hijas. Los Estados cumplen con esta obligación de diversas maneras, entre las que se incluyen crear programas de educación y educación continua, y legislar para crear nuevos organismos o mecanismos para desarrollar y coordinar los programas con el objetivo de poner fin a la MGF.
- **Proteger el derecho de las mujeres a estar libres de la práctica de la MGF.** Reconocer claramente el derecho de las mujeres a estar libres de la MGF comprende consagrar el derecho en leyes nacionales y declaraciones de Estados. El medio más claro por el cual los Estados pueden promover este derecho es el reconocimiento formal del derecho en las constituciones nacionales. La adopción de otra legislación que prohíba y penalice la MGF es otro paso importante para poner fin a la MGF. Los Estados tienen a su disposición una variedad de mecanismos legales que pueden proteger a las niñas del daño inminente a causa de la MGF. Las leyes para la protección de los menores pueden autorizar a las agencias a intervenir para prevenir el abuso infantil. Asegurar que las demandas civiles por daños, y los juicios correspondientes, sean justos y se cumplan estrictamente, constituye otro medio para que los gobiernos combatan la MGF. Por último, pueden alentar a los profesionales médicos a desarrollar y aplicar estándares de ética médica que castiguen a los infractores con medidas disciplinarias, multas y revocación de licencias.
- **Garantizar la atención para niñas y mujeres que presenten complicaciones luego de una MGF.** La MGF ocasiona problemas reproductivos inmediatos y de largo plazo. Los efectos a corto plazo pueden incluir dolor, sangrado, infección e inflamación alrededor de la herida. Entre las consecuencias a largo plazo se pueden incluir complicaciones durante el parto, incluida la obstrucción del mismo. La legislación sobre MGF debe comprender medidas para asegurar la atención médica de todas las complicaciones que puedan surgir luego de dicho procedimiento.

1. MEDIDAS ESTATALES DE ALCANCE PARA ERRADICAR LA MGF

Los Estados tienen la obligación de educar e informar a las personas sobre los efectos nocivos de la MGF. Se ha reconocido ampliamente que la legislación por sí sola no puede modificar las actitudes profundamente arraigadas respecto de la MGF. Un cambio social sostenido sólo puede alcanzarse a través de un enfoque holístico sobre el “empoderamiento” de las mujeres. Si bien tal “empoderamiento” puede lograrse por distintos medios, un elemento clave es mejorar el acceso de las mujeres a la información. Los Estados tienen una importante responsabilidad en lo que respecta a asegurar el acceso de las comunidades a información acerca del impacto de la MGF sobre los derechos humanos de mujeres y niñas.¹⁴

Se han establecido programas de educación y educación continua para erradicar la práctica de la MGF de diversas maneras. Los ministerios de los gobiernos en muchos casos han colaborado con organizaciones no gubernamentales o agencias intergubernamentales, tales como el Fondo de las

Naciones Unidas para la Infancia y el Fondo de Población de las Naciones Unidas. Los Estados también pueden tomar medidas legislativas con el fin de crear nuevos organismos o mecanismos para supervisar el alcance y extensión de las medidas adoptadas y detener la MGF, tal como se hizo en **Malí**.

A. Malí crea programa gubernamental para detener la MGF

La MGF afecta la vida y el bienestar del 92% de las mujeres en edad fértil de Malí.¹⁵ Si bien no es una exigencia de una religión dominante,¹⁶ la MGF se encuentra profundamente arraigada en la cultura de Malí; el 80% de las mujeres que fueron circuncidadas cree que la práctica debe continuar.¹⁷ Hasta ahora, el gobierno de Malí no ha penalizado la práctica de la MGF, pero ha tomado medidas para cambiar las actitudes populares sobre esta práctica.

El 4 de junio de 2002, el presidente de Malí emitió una orden que creaba un programa estatal orientado a poner fin a la práctica de la MGF.¹⁸

Obligaciones del Programa Nacional para la Erradicación de la Mutilación Genital

- coordinar, monitorear y evaluar la política y estrategias del gobierno sobre la MGF;
- llevar a cabo investigación sobre la práctica de la MGF;
- desarrollar una estrategia de información, educación y comunicación orientada a personas y comunidades;
- diseñar programas nacionales en conjunto con miembros de organizaciones locales y regionales involucrados en el tema;
- evaluar y monitorear actividades que aborden la MGF;
- crear un centro para la recepción de datos y una base de datos sobre la MGF; y
- apoyar el desarrollo y la introducción de currícula en la capacitación de personal en las áreas de salud y educación.¹⁹

2. PROTECCIÓN DEL DERECHO DE LAS MUJERES A ESTAR LIBRES DE LA MGF

Los Estados tienen la obligación de proteger el derecho de las mujeres a estar libres de la MGF. Según se indica de manera explícita en el Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África, la MGF es ampliamente reconocida hoy en día como una violación a los derechos humanos de mujeres y niñas. Los organismos de derechos humanos de la Organización de Naciones Unidas (ONU), así como también la Asamblea General de la ONU, han instado repetidamente a los Estados a tomar medidas para poner fin a la MGF.²⁰ Los gobiernos nacionales también están abordando la MGF cada vez más desde una perspectiva de violación de derechos, tal como lo reflejan las leyes nacionales e instrumentos gubernamentales.²¹

A. Reconocimiento constitucional del derecho a estar libre de la MGF

Las normas constitucionales que defienden los derechos de las mujeres y niñas de estar libres de la MGF pueden determinar las respuestas de los gobiernos a esta práctica. En algunos países, las normas constitucionales otorgan reparaciones legales para las mujeres y niñas cuyos derechos han sido violados. Como mínimo, una disposición a nivel constitucional puede orientar a los funcionarios del

gobierno en la redacción e implementación de leyes y políticas públicas. Además de las implicaciones legales de una disposición constitucional que condene la MGF, ésta representa un claro compromiso por parte del gobierno de erradicar la práctica y fortalecer la tendencia en dicho sentido. Varios gobiernos en África, incluidos los de **Etiopía** y **Uganda**, han adoptado medidas constitucionales que condenan prácticas nocivas como la MGF.

i). La Constitución de Etiopía protege a las mujeres de las “costumbres nocivas”

Se estima que aproximadamente el 80% de las mujeres etíopes entre 15 y 49 años de edad han sido sometidas a la MGF.²² En el año 2004, Etiopía adoptó un nuevo Código Penal que prescribe sanciones penales por la práctica de la MGF.²³ Diez años antes, en su Constitución Nacional, Etiopía reconoció la amenaza para los derechos de las mujeres por prácticas nocivas como la MGF.

Derecho a la protección frente a las costumbres nocivas

La Constitución señala que “las mujeres tienen derecho a la protección por parte del Estado frente a las costumbres nocivas. Las leyes, costumbres y prácticas que oprimen a las mujeres o les causan daño mental o físico están prohibidas”.²⁴ Si bien el texto de la Constitución no se refiere específicamente a la MGF, la historia legislativa indica que quienes redactaron la Constitución identificaron la MGF como una “costumbre nociva”.²⁵

Derecho de las mujeres a la igualdad

Además, el artículo 35 de la Constitución garantiza a las mujeres “el derecho a la igualdad con los hombres en el disfrute y protección de los derechos estipulados en esta Constitución”.²⁶

ii). La Constitución de Uganda prohíbe las prácticas nocivas

En Uganda, se estima que la prevalencia de la MGF es de aproximadamente el 5%.²⁷ Si bien el país no ha penalizado la práctica, su Constitución ha prohibido las costumbres o tradiciones que dañen a las mujeres.

Prohibición de costumbres y tradiciones nocivas

La Constitución de Uganda señala explícitamente que “las leyes, culturas, costumbres o tradiciones que atenten contra la dignidad, el bienestar o los intereses de las mujeres, o que debiliten su condición, están prohibidas por esta Constitución”.²⁸ También afirma que “se debe otorgar a las mujeres la misma dignidad, de persona plena y en igualdad de circunstancias que los hombres”.²⁹

Derecho a la igualdad y a la no discriminación

La Constitución estipula que “[t]odas las personas son iguales ante la ley en todas las esferas de la vida política, económica, social y cultural y en todo aspecto, y deben gozar de igual protección por parte de la ley”.³⁰ También prohíbe específicamente la discriminación por razón de sexo.³¹

Protección de los derechos sociales y económicos de los niños

La Constitución permite a los Estados intervenir para proteger la salud de los niños y satisfacer sus necesidades sociales y económicas. Estipula que “no se debe privar a ningún niño de tratamiento médico, educación u otro beneficio social o económico por motivo de creencias religiosas o de otro tipo”.³²

B. Disposiciones legales que sancionan la práctica de la MGF

La respuesta legal más común frente a la MGF ha consistido, en su mayoría, en la adopción de medidas para sancionar la práctica. Diversos países han adoptado una legislación penal que prohíbe la MGF. Si bien ha habido informes esporádicos sobre la aplicación de estas leyes, rara vez se procesan los casos de MGF. Los profesionales médicos también han adoptado estándares éticos que condenan esta práctica; en lugares donde existen tales estándares, los prestadores de servicios médicos que practican la MGF son sometidos a medidas disciplinarias y pueden perder sus licencias para ejercer la medicina.

Medidas legales penales que sancionan la MGF

Quince países africanos (incluidos, por ejemplo, **Ghana** y **Benin**) y 11 países “receptores”— aquellos que reciben un gran número de inmigrantes africanos (incluidos Suecia, Noruega, el Reino Unido y Estados Unidos)—han adoptado leyes que penalizan específicamente la MGF. Las leyes de este tipo incluyen típicamente una definición de la práctica, cierta descripción de quiénes pueden ser procesados por la ley, la especificación de una sanción penal como encarcelamiento o multa, y una lista de circunstancias agravantes (tales como consecuencias fatales o que el prestador del servicio sea miembro de la profesión médica). Las personas que pueden ser sancionadas por estas leyes incluyen no sólo a los médicos, sino también a los progenitores u otros familiares que coordinen la práctica de la MGF. La aplicación de estas leyes se produce esporádicamente en los países africanos y rara vez en los países receptores.

i). Ghana penaliza la MGF

*Ghana está dentro de los primeros países de África en considerar la MGF como un asunto de derecho penal, en la década de 1990. La legislación de Ghana, adoptada en 1994, es notable por su detallada definición de la MGF, que especifica las prácticas prohibidas pero es lo suficientemente amplia para incluir las prácticas que no son nombradas explícitamente.*³³

El delito de la MGF

La ley de Ghana estipula que “quienquiera que extirpe, infibule o de alguna otra forma mutile la totalidad o una parte de los labios menores, labios mayores y el clítoris de otra persona comete un delito en segundo grado y será acreedor a una pena de encarcelamiento no menor a tres años. Para efectos de esta sección, ‘extirpar’ significa eliminar el prepucio, el clítoris y todos o parte de los labios menores; ‘infibular’ incluye la extirpación y la eliminación adicional de los labios mayores”.³⁴

ii). Benin penaliza la MGF

En Benin, donde se estima que aproximadamente el 17% de las mujeres de entre 15 y 49 años han sido sometidas a MGF,³⁵ la legislación que prohíbe la práctica fue adoptada después de muchos años de cabildeo por parte de defensores de los derechos y la salud de la mujer. La ley define a la MGF, prevé sanciones para quienes la ejecuten, penaliza el que no se reporten los casos de MGF y exige a los centros de atención de salud tratar las complicaciones derivadas de esta práctica.

En 2003, la Asamblea Nacional de Benin adoptó la Ley N° 2003–03 que prohíbe la práctica de la MGF.³⁶

Definición de MGF

La MGF se encuentra prohibida en todas sus formas, y se define como cualquier ablación, parcial o total, de los genitales externos de una persona de sexo femenino, o cualquier otra operación de tales genitales. Las cirugías realizadas por razones médicas están exentas de penalización.³⁷

Sanciones para la MGF

La práctica de la MGF es sancionable con multas y prisión, cuyos monto y extensión dependerán de las circunstancias del caso. Las disposiciones sobre las penas son las siguientes:

- prisión de seis meses a un año y multa para las personas que practiquen la MGF;
- prisión de tres a cinco años y una multa más alta si la mutilación se practica a una niña o adolescente menor de 18 años;
- trabajos forzados de 5 a 20 años y una multa aún mayor, si la víctima muere como resultado de la mutilación; y
- se impone la máxima pena a los reincidentes, sin posibilidad de una reducción en la condena.³⁸

Responsabilidad de los cómplices

La ley establece que cualquier persona que asista, participe o solicite la realización de una MGF, provea los medios o dé instrucciones a la persona que la realice, será considerada cómplice y estará sujeta a la misma sanción que el autor del delito.³⁹

Responsabilidad por no prevenir o informar sobre la MGF

Quien tenga conocimiento de que una mutilación genital será llevada a cabo y no actúe para evitar que esta ocurra podrá ser procesado por no auxiliar a una persona en peligro. De manera similar, cualquier persona que tenga conocimiento de que una MGF se ha llevado a cabo, deberá reportar el hecho inmediatamente a las autoridades más cercanas encargadas de la observancia de la ley. El incumplimiento de esta obligación será sancionable con multa.⁴⁰

Obligaciones de los establecimientos de salud

Por último, la ley exige a las instituciones de salud públicas y privadas prestar atención a quienes han sufrido una MGF y asegurar que reciban servicios apropiados. Además, las instituciones de salud que presten atención a estos pacientes deberán informar a las autoridades locales de los hechos.⁴¹

Medidas disciplinarias para sancionar la práctica de la MGF relacionadas con el ejercicio de la profesión

Los gobiernos también pueden condicionar la licencia médica al cumplimiento de estándares éticos que prohíban la práctica de la MGF. Si bien la MGF por lo general es realizada por prestadores de servicios tradicionales, cada vez más es solicitada a prestadores de servicios médicos para que la realicen en condiciones higiénicas. Por ejemplo, en Egipto se estima que aproximadamente el 61% de los casos de MGF es realizado por personal médico.⁴² La “medicalización” de la práctica de la MGF resulta perturbadora para los Estados, los defensores de las mujeres y los miembros de la comunidad médica, quienes consideran que todas las formas de MGF intrínsecamente dañan y debilitan los derechos de las mujeres.⁴³ Los prestadores de servicios médicos que practiquen la MGF

pueden ser sometidos a medidas disciplinarias relacionadas con el ejercicio de la profesión. Si se estima que sus acciones violan los estándares de ética profesional—como en **Guinea**—las sanciones pueden consistir en multas, suspensiones e incluso el revocamiento de la licencia.

i). El Código de Ética Médica de Guinea prohíbe la mutilación innecesaria

En Guinea, donde la práctica de la MGF es prácticamente universal,⁴⁴ la mutilación genital se ha considerado un delito desde 1965.⁴⁵ En 1996, en un intento por prevenir la medicalización de la práctica, se reformó el Código Nacional de Ética Médica para incluir la práctica de la MGF como objeto de sanciones disciplinarias relacionadas con el ejercicio de la profesión.

En 1996, Guinea reformó su Código de Ética Médica para disponer que “no se puede realizar una intervención de mutilación sin motivos médicos graves y, exceptuando un caso de emergencia o imposibilidad, sin informar a la persona involucrada y sin obtener su consentimiento”.⁴⁶

C. Medidas preventivas a través de las leyes de protección de menores

Si bien todas las acciones de los Estados para erradicar la MGF están orientadas a prevenir la práctica—ya sea mediante la persuasión o disuasión—los Estados también tienen a su disposición ciertos mecanismos legales para proteger a las personas del inminente riesgo de ser sometidas a la misma.⁴⁷ Muchos países cuentan con leyes para la protección de los menores que podrían aplicarse con el objetivo de evitar que las niñas sean sometidas a la MGF. Las leyes para la protección de los menores prevén la intervención del Estado en casos de abuso infantil por parte de un progenitor o tutor. A diferencia de las leyes penales, las leyes para la protección de los menores están más orientadas a salvaguardar los intereses de los menores que a sancionar a los progenitores o tutores. Estas leyes estipulan mecanismos para separar al menor de su progenitor o tutor cuando el Estado tenga razones para creer que ha ocurrido un abuso o es probable que ocurra. Varios países, como por ejemplo el **Reino Unido**, han declarado que las leyes para la protección de los menores son extensivas a la MGF.

i). El Reino Unido considera la MGF como una forma de abuso infantil

La MGF fue penalizada en el Reino Unido en 1985,⁴⁸ y en el año 2003 se establecieron sanciones penales más amplias.⁴⁹ Si bien los procesamientos al amparo del derecho penal siguen siendo escasos, los funcionarios del Reino Unido han buscado prevenir esta práctica desarrollando documentos de orientación para el personal encargado de la protección a los menores, primero en el año 1999 y con modificaciones en los años 2004 y 2006,⁵⁰ sobre cómo utilizar los mecanismos existentes para la protección de menores con el fin de prevenir casos de MGF.

Intervenciones para proteger a los menores

El *Children Act* (Ley de los Menores) de 1989 establece que cuando una autoridad local tiene una “causa razonable para sospechar que un menor que vive o se encuentra dentro de su área de jurisdicción, está sufriendo o es probable que sufra, un daño considerable, la autoridad puede hacer, o encargar que se realicen indagaciones, según se considere necesario que le permitan decidir si se debe emprender alguna acción para salvaguardar o promover el bienestar del menor”.⁵¹ Si los funcionarios encargados de la protección a los menores sospechan que una menor está en riesgo

de ser sometida a la MGF, pueden intervenir solicitando una “orden restrictiva determinada”. Esta orden evita que los progenitores o tutores legales de un menor emprendan acciones específicas sin el consentimiento de los tribunales.⁵² Además, un tribunal podría emitir una orden de “atención” o “supervisión” que podría quitar la custodia del menor al progenitor o tutor, o poner al menor bajo la supervisión de una autoridad local o de un funcionario responsable de dar seguimiento apropiado.⁵³

Orientación sobre la prevención de la MGF

Los documentos de orientación emitidos en 1999, 2004 y 2006 enfatizan la naturaleza sensible de las intervenciones que se realizan para prevenir la MGF, la necesidad de investigar los casos en que haya sospecha, y la importancia de concentrar los esfuerzos de las agencias en la prevención a través de la educación y el diálogo con los familiares de los niños que se han identificado en riesgo.⁵⁴ La orientación enfatiza la comunicación para demostrar que, si bien las agencias de servicios sociales comprenden la importancia cultural de la práctica, deben, como parte de su obligación establecida en la ley, tomar medidas para evitar que se produzcan acciones ilegales que puedan dañar a los menores.⁵⁵

3. ATENCIÓN PARA NIÑAS Y MUJERES QUE HAN SIDO SOMETIDAS A LA MGF

Los Estados no deben olvidar la relación entre la práctica de la MGF y la necesidad urgente de las mujeres al acceso de servicios de salud reproductiva. Las complicaciones a corto plazo de la MGF pueden incluir sangrado excesivo, infección e intenso dolor.⁵⁶ A largo plazo, la MGF aumenta los riesgos de las mujeres durante el embarazo y el parto.⁵⁷ El mayor riesgo puede ser atribuible a la cicatrización en la vulva y la vagina asociada a la MGF, que puede obstruir el parto.⁵⁸ Además, las infecciones genitales y del tracto urinario causadas por la MGF también pueden producir problemas durante el parto.⁵⁹ Las complicaciones de este tipo pueden ser fatales en contextos en los que el personal de salud carezca de la capacitación y el equipamiento para tratar estos problemas.

La legislación que aborda la MGF debe incluir medidas para asegurar el acceso de las mujeres a la atención en salud reproductiva. Tales disposiciones fueron adicionadas a la legislación de **Togo** que penaliza la MGF. Las mujeres que han sido sometidas a la MGF necesitan atención médica, no sólo inmediatamente después del procedimiento, sino también durante el embarazo, el parto y el período postparto.

A. Togo exige a los establecimientos de salud asegurar la atención posterior a la MGF

En Togo, donde la prevalencia de la MGF se estima que alcanza aproximadamente el 50% de las mujeres y niñas,⁶⁰ la práctica fue penalizada en 1998. En la legislación que declaró la práctica como ilegal se incluían disposiciones que exigen a todo establecimiento de salud tratar las complicaciones de una MGF. Lamentablemente, la ley también exige que los proveedores de servicios de salud denuncien los casos de MGF a las autoridades responsables de la observancia de la ley. La disposición sobre denuncia obligatoria puede disuadir a las jóvenes de buscar atención por temor a que los miembros de su familia o comunidad sean denunciados a la policía.

Las disposiciones de la ley de Togo de 1998 que penaliza la MGF incluyen los siguientes componentes:

Mandato sobre la atención a víctimas de la MGF

Los directores de establecimientos de salud públicos y privados deben “asegurar la atención

médica más apropiada a las víctimas de mutilación genital femenina que lleguen a sus centros o establecimientos”.⁶¹

Obligación de denunciar la MGF

La ley estipula que “las autoridades públicas competentes deben ser informadas inmediatamente con el fin de permitirles seguir la evolución de la condición de la víctima y satisfacer así los requisitos de esta disposición”.⁶²

CONCLUSIÓN

Varios tipos de estrategias legales se encuentran a disposición de los responsables del diseño de políticas públicas para erradicar la MGF. Las medidas para lograr la prevención, incluida la educación pública, deben ser la piedra angular de todas las respuestas por parte de los Estados a la MGF. También existen recursos legales que contribuyen a disuadir la práctica e intervenir para evitar que ésta se lleve a cabo. Las constituciones nacionales deben prohibir oficialmente la práctica mientras proclaman la igualdad de las mujeres y su derecho a estar libre de prácticas nocivas como la MGF. Las leyes que sancionan la MGF pueden desalentar la práctica y ser un vehículo para crear conciencia sobre los efectos nocivos de la misma. Los mecanismos para proteger a los niños pueden ser usados con el fin de prevenir un caso inminente de MGF. Además, los gobiernos deben garantizar la atención médica para niñas que hayan sido sometidas a la MGF.

Notas

1. Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa [Protocolo a la Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los Derechos de la Mujer en África], adoptado el 11 de julio de 2003, Doc. de la U.A. CAB/LEG/66.6 (entró en vigor el 25 de noviembre, 2005), art. 1(g) [en adelante Protocolo sobre los Derechos de las Mujeres en África].
2. *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective, Violence Against Women: Cultural Practices in the Family that are Violent Towards Women* [Integración de los Derechos Humanos de la Mujer y la Perspectiva de Género, La Violencia contra la Mujer: Prácticas culturales dentro de la familia que entrañan violencia contra la mujer], Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Sra. Radhika Coomaraswamy, presentado de conformidad con la resolución 2001/49 de la Comisión de Derechos Humanos, 58ª Sesión, Agenda Ítem 12(a), U.N. Doc. E/CN.4/2002/83 (2002).
3. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Factsheet No. 241: Female Genital Mutilation* [Hoja Informativa No. 241: Mutilación Genital Femenina], 2000, *disponible en* <www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/>, visitada el 1ero de febrero, 2008 [en adelante OMS, *Factsheet No. 241*].
4. *Ibid.*
5. ANIKA RAHMAN y NAHID TOUBIA, *Female Genital Mutilation: A Guide to Laws and Policies Worldwide* [Mutilación Genital Femenina: Guía sobre leyes y políticas a nivel mundial], 2000, p. 3.
6. Ver INNOCENTI RESEARCH CENTER, UNICEF, "Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting" [Cambiar una Convención Social Perjudicial: La Ablación o Mutilación Genital Femenina], *Innocenti Digest*, [en adelante INNOCENTI RESEARCH CENTER], *disponible en* <<http://www.unicef-icdc.org/publications/pdf/fgm-gb-2005.pdf>>, visitada el 1ero de febrero, 2008; La OMS estableció cuatro categorías de MGF: "El Tipo I (comúnmente denominado "clitoridectomía"): Escisión del prepucio junto con la escisión parcial o total del clítoris. El Tipo II (comúnmente denominado "escisión"): Escisión del prepucio y el clítoris con escisión parcial o total de los labios menores; el Tipo III (comúnmente denominado "infibulación"): Escisión parcial o total de los genitales externos y cosido/ estrechamiento de la apertura vaginal; Tipo IV (no clasificado): Todos los demás procedimientos que involucran la extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos y/o lesiones a los órganos genitales femeninos por motivos culturales u otros motivos no terapéuticos. El Tipo IV se refiere a los numerosos otros procedimientos que han sido documentados tales como pinchar, perforar, estirar o quemar el clítoris y los tejidos alrededor de éste". OMS, *Factsheet No. 241*, *supra* nota 3.
7. Ver RAHMAN y TOUBIA, *supra* nota 5, p. 7.
8. *Ibid.*, pp. 7, 138, 212.
9. *Ibid.*
10. *Ibid.*
11. *Ibid.*, p. 21.
12. *Ibid.*, pp. 26-27.
13. Protocolo sobre los Derechos de las Mujeres en África, *supra* nota 1, art. 5.
14. Ver RAHMAN y TOUBIA, *supra* nota 5, pp. 70-71.
15. P. STANLEY YODER, NOUREDDINE ABDERRAHIM y ARLINDA ZHUZHUNI., *DHS Comparative Reports No. 7: Female Genital Cutting in the Demographic and Health Surveys: A Critical and Comparative Analysis* [Mutilación genital femenina en las encuestas demográficas y de salud: Análisis crítico y comparativo], 2004, p. 26, tbl. 4.1: Malí 2001 [en adelante YODER ET AL, *DHS Comparative Reports*].
16. Ver RAHMAN y TOUBIA, *supra* nota 5, p. 6.
17. MINISTÈRE DE LA PROMOTION DE LA FEMME, DE L'ENFANT ET DE LA FAMILLE [Ministerio para la promoción de las mujeres, los menores y la familia], *Plan National D'Eradication de L'Excision à L'Horizon 2007* [Plan Nacional para la erradicación de la escisión para el 2007], julio de 1998, en CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Women of the World: Mali* [Mujeres del Mundo: Malí], 2003, p. 144.
18. *Ordinance No. 02-053 portant création du programme national de lutte contre la pratique de l'excision* [Ordenanza N° 02-053 para crear un programa nacional para combatir la práctica de la mutilación genital femenina], 4 de junio, 2002 (Malí).
19. *Ibid.*
20. RAHMAN & TOUBIA, *supra* nota 5, p. 19.
21. *Ibid.*, p. 59.
22. YODER ET AL, *DHS Comparative Reports*, *supra* nota 15, p. 26, tbl. 4.1: Ethiopia 2000.
23. Proclamation N° 414/2004 (Proclamación No. 414/2004), *Criminal Code of the Federal Republic of Ethiopia (Revised)* (Código Penal de la República Federal de Etiopía (Revisado)), Parte 2 Libro 5, Título 1, Cap. 3: Delitos Cometidos contra la Vida, la Persona y la Salud a través de Prácticas Tradicionales Nocivas, 2004, *disponible en* <<http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/70993/75092/F1429731028/ETH70993.pdf>>, visitada el 1ero de febrero, 2008.
24. Constitución de la República Federal Democrática de Etiopía, 1994, art. 35(4), traducida al inglés en *Constitutions of the Countries of the World*, G.H. FLANZ (ed.), 1996 [en adelante Constitución de Etiopía].
25. HILLINA TADDESSE TAMRAT, Ethiopian Women Lawyer's Association, Questionnaire [Asociación de Abogadas de Etiopía, Cuestionario], 1998, en RAHMAN y TOUBIA, *supra* nota 5, p. 147.
26. Constitución de Etiopía, *supra* nota 24, art. 35(1).
27. RAHMAN y TOUBIA, *supra* nota 5, p. 228.
28. Constitución. de Uganda, 1995, art. 33(b), traducida al inglés en *Constitutions of the Countries of the World*, G.H. FLANZ (ed.), 1996.
29. *Ibid.*, art. 33(1).
30. *Ibid.*, art. 21(1).

31. *Ibid.*, art. 21(2).
32. *Ibid.*, art. 34(3).
33. Criminal Code (Amendment) Act (Código Penal (Reformado)), 1994, reimpresión en *47:1 Int'l Digest of Health Legislation*, 1996, pp. 30-31.
34. *Ibid.*, art. 69A.
35. YODER ET AL, *DHS Comparative Reports*, *supra* nota 15, p. 26, tbl. 4.1: Benin 2001.
36. Loi No. 2003-03 *Portant répression de la pratique des mutilations génitales féminines en République du Bénin* [Ley que prohíbe la práctica de la mutilación genital femenina en Benin], 21 de enero, 2003 (Benin).
37. *Ibid.*, art. 3.
38. *Ibid.*, arts. 4-6, 8.
39. *Ibid.*, art. 7.
40. *Ibid.*, art. 9.
41. *Ibid.*, art. 10.
42. INNOCENTI RESEARCH CENTER, *supra* nota 6, p. 7.
43. Cairo Declaration for the Elimination of FGM, Afro-Arab Expert Consultation on Legal Tools for the Prevention of Female Genital Mutilation [Declaración de El Cairo para la eliminación de la mutilación genital femenina, Consulta de expertos afro-árabes sobre los instrumentos legales para prevenir la mutilación genital femenina], El Cairo, Egipto, 23 de junio, 2003, párs. 9-10, *disponible en* <http://www.reproductiverights.org/pdf/pdf_fgm_cairo2003_eng.pdf> visitada el 28 de abril, 2008; DEP'T OF GENDER, WOMEN AND HEALTH, DEP'T OF REPRODUCTIVE HEALTH AND RESEARCH, FAMILY AND COMMUNITY HEALTH, WHO, *FEMALE GENITAL MUTILATION: the Prevention and the Management of the Health Complications: Policy Guidelines for Nurses and Midwives* [Mutilación Genital Femenina: Directivas de la Política Pública para Enfermeras y Parteras], 2001, pp. 6, 13.
44. YODER ET AL, *DHS Comparative Reports*, *supra* nota 15, p. 26, tbl.4.1: Guinea 1999.
45. Código Penal de la República de Guinea, 1965, art. 265.
46. Decreto N° D/96/205/PRG/SGG del 5 de diciembre de 1996 que promulga el Código de Deontología Médica, art. 40 (Guinea).
47. RAHMAN y TOUBIA, *supra* nota 5, p. 67.
48. Prohibition of Female Circumcision Act [Ley que prohíbe la circuncisión femenina], 1985, cap. 38 (U.K.).
49. Female Genital Mutilation Act [Ley sobre la mutilación genital femenina], 2003, (U.K.), <<http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2003/20030031.htm>>, visitada el 14 de junio, 2007. Esta Ley considera un delito para los nacionales o residentes permanentes del Reino Unido practicar la MGF en el extranjero, o ayudar, inducir, prestar consejería o procurar que se ejecute la MGF en el extranjero, incluso en países donde esta práctica es legal. También aumenta la pena máxima por cometer o contribuir a la comisión del delito de 5 a 14 años de prisión.
50. Ver Department for Education and Skills (Departamento para la Educación y las Aptitudes), *Local Authority Social Services Letter LASSL* (Carta de la Autoridad Local en Servicios Sociales), 1ero de marzo, 2004, *disponible en inglés en* <<http://www.dfes.gov.uk/childrenandfamilies/cfcirculars.shtml>>, visitada el 1ero de febrero, 2008 [en adelante Department for Education and Skills]; Home Office Circular 10/2004, 6 de febrero, 2004, párs. 18-19 (U.K.), [en adelante Home Office Circular 10/2004], *disponible en* <www.londoncpc.gov.uk/documents/homeofficecircular10-2004.doc>, visitada el 1ero de febrero, 2008; HM GOVERNMENT, *Working Together to Safeguard Children: A Guide to Inter-Agency Working to Safeguard and Promote the Welfare of Children* [Trabajando juntos para proteger a los niños: Guía para la colaboración inter-agencias para proteger y promover el bienestar de los niños], 2006, sec. 6.11-6.16, 123, [en adelante HM Government, *Working Together to Safeguard Children*], *disponible en* <http://www.everychildmatters.gov.uk/_files/CCE39E361D6AD840F7EAC9DA47A3D2C8.pdf>, visitada el 28 de abril, 2008.
51. Children Act [Ley de los Menores], 1989, cap. 41, parte V, sec. 47(1)(b) (U.K.).
52. *Ibid.*, cap. 41, parte II, sec. 8(1).
53. *Ibid.*, cap. 41, parte IV, sec. 31(1).
54. Department for Education and Skills, *supra* nota 50; Home Office Circular 10/2004, *supra* nota 50, pp. 17-19; HM GOVERNMENT, *Working Together to Safeguard Children* [Trabajando juntos para proteger a los niños], *supra* nota 50, secs. 6.15, 6.16.
55. Department for Education and Skills, *supra* nota 50; Home Office Circular 10/2004, *supra* nota 50, pp. 17, 19; HM GOVERNMENT, *Working Together to Safeguard Childre*], *supra* nota 50, secs. 6.15, 6.16.
56. INNOCENTI RESEARCH CENTER, *supra* nota 6, p. 17.
57. OMS STUDY GROUP ON FEMALE GENITAL MUTILATION AND OBSTETRIC OUTCOME, *Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome: WHO Collaborative Prospective Study in Six African Countries* [Mutilación genital femenina y consecuencias obstétricas: estudio prospectivo colaborativo de la OMS en seis países africanos], *Lancet*, 2006, pp. 1835, 1839.
58. *Ibid.*, p. 1841.
59. *Ibid.*
60. RAHMAN y TOUBIA, *supra* nota 5, p. 225.
61. Loi No. 98-016 portant interdiction des mutilations génitales féminines au Togo [Ley que prohíbe la mutilación genital femenina en Togo], 17 de noviembre, 1998, art. 7, *Journal Officiel de la République Togolaise* (Gaceta oficial de la República de Togo), 21 de noviembre, 1998, pp. 2-3 (Togo).
62. *Ibid.*

CAPÍTULO VI VIH/SIDA

En los aproximadamente veinte años que han transcurrido desde que se identificara el virus del VIH, el VIH/SIDA se ha expandido hasta transformarse en una pandemia que ha cobrado la vida de más de 20 millones de personas.¹ En 1997, las mujeres representaban el 41% de las personas que vivían con VIH; en el año 2002, esta proporción se había elevado casi al 50%.²

El hecho de que la creciente proporción de casos de VIH/SIDA se dé entre las mujeres puede atribuirse a varios factores. Además de la susceptibilidad fisiológica de mujeres y niñas frente a la infección por VIH, la violencia basada en el género—incluidas las prácticas tradicionales nocivas, el abuso, el abuso sexual, la explotación sexual y la violencia doméstica—exacerba la vulnerabilidad de las mujeres frente a la infección.³ Estos factores dificultan la capacidad de las mujeres y niñas de negociar el sexo seguro o de tomar decisiones informadas respecto de sus opciones sexuales y reproductivas. El inicio temprano de la actividad sexual y el matrimonio precoz tienden a agravar el problema para las mujeres jóvenes.⁴ En algunos países de África, las novias adolescentes se infectan con el VIH a una tasa más alta que sus pares sexualmente activas y solteras.⁵

Una respuesta efectiva frente al VIH/SIDA debe basarse en los derechos humanos. Las violaciones de los derechos humanos contribuyen a la propagación del VIH y representan un obstáculo para la atención y el tratamiento que pueden salvar la vida de las personas que viven con VIH/SIDA. Este capítulo aborda la obligación de los gobiernos de adoptar medidas para contener la epidemia, así como el deber que tienen de proteger los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA. Se hace una revisión de los fundamentos legales internacionales de esta obligación y se identifican tres componentes principales: 1) garantizar el acceso a tratamiento y atención, 2) velar por que no se violen los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA, y 3) adoptar medidas que detengan la propagación de la infección por VIH. El capítulo presenta ejemplos de avances recientes a nivel nacional que reflejan cada una de estas responsabilidades del Estado.

Datos acerca del VIH/SIDA

- ONUSIDA estima que en todo el mundo viven más de 17 millones de mujeres con VIH/SIDA.⁶
- Si bien a nivel mundial las mujeres constituyen casi la mitad de las personas que viven con VIH/SIDA, en África subsahariana, la región más afectada por la epidemia, las mujeres constituyen el 57% de las personas que viven con VIH. De todas las personas jóvenes de la región que viven con VIH, tres cuartos son mujeres jóvenes de 15 a 24 años.⁷
- En el año 2005, aproximadamente 38,6 millones de personas en todo el mundo vivían con VIH.⁸ Ese año, cerca de 4,1 millones de personas se infectaron con VIH y aproximadamente 2,8 millones de personas murieron a causa de enfermedades relacionadas con el SIDA.⁹

MARCO DE DERECHOS HUMANOS

El **derecho a la salud** exige que toda persona tenga acceso a la atención de la salud de buena calidad. En el contexto del VIH/SIDA, esto incluye el acceso a tratamiento y atención para personas que viven con esta enfermedad. Además, las pruebas y el tratamiento del VIH/SIDA deben ser voluntarios y deben llevarse a cabo en una forma que respete la dignidad y autonomía de las personas, observando el principio de la confidencialidad del paciente. El derecho a la salud—así como el **derecho a la información y a la educación**—también garantiza el acceso a información sobre medidas para prevenir la infección por VIH.

Para conocer los fundamentos legales internacionales de los derechos marcados en negrillas, ver Apéndice B

El VIH/SIDA implica otros derechos como el **derecho a estar libre de discriminación**. Las personas que viven con VIH/SIDA a menudo están en riesgo de ser condenadas al ostracismo por sus familias y comunidades, de ser despedidas de sus trabajos, de ser excluidas del ámbito de protección de la ley y de ser objeto de violencia. El estigma y la discriminación impiden a las personas que viven con VIH/SIDA el disfrutar de muchos de sus derechos humanos básicos. Al mismo tiempo, la discriminación contra la mujer—que se traduce en menores oportunidades educativas y económicas—niega a las mujeres la capacidad de protegerse de la infección por VIH.

Estas garantías legales exigen a los Estados:

- **Asegurar el acceso a tratamiento y atención.** Asegurar el acceso a tratamiento y atención incluye la impartición de educación sobre el VIH/SIDA, consejería y pruebas voluntarias y confidenciales, y la eliminación de las barreras económicas para acceder a los medicamentos necesarios.
- **Proteger los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA.** Los Estados deben establecer claramente en sus leyes y políticas nacionales que la discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA no será tolerada. La legislación debe definir claramente el derecho a ser protegido/a de la discriminación que se basa en la condición VIH de una persona; implementar medidas para prevenir las violaciones a los derechos que estén relacionadas con el VIH; y ofrecer una reparación cuando haya ocurrido una violación.
- **Emplear medidas para detener la propagación del VIH/SIDA.** Para detener la propagación del VIH/SIDA es necesario educar tanto a los hombres como a las mujeres acerca de los medios de transmisión, ofrecer acceso a condones y, en caso de mujeres embarazadas que viven con VIH/SIDA, proporcionar información y atención para prevenir la transmisión de madre a hijo.

1. RECONOCIMIENTO DEL DERECHO A RECIBIR TRATAMIENTO PARA EL VIH/SIDA

Para las mujeres, el problema del acceso a la atención de la salud se ve agravado por inequidades sociales, económicas y políticas. Algunas mujeres pueden decidir no hacerse el examen de VIH ya que un diagnóstico positivo podría exponerlas a violencia de género, estigmas sociales, pérdida de sus bienes, de su ocupación, y del acceso a sus hijos.¹⁰ En muchos países, la discriminación contra la mujer disminuye su conocimiento acerca de la posibilidad de recibir atención para prevenir y tratar el VIH.¹¹

A pesar de que la falta de recursos constituye un problema para la lucha contra el VIH/SIDA en países de ingresos bajos y medios, es posible para los gobiernos de dichos países asegurar el acceso al tratamiento. Por ejemplo, **Brasil** adoptó una ley que garantiza el acceso a los medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA.

A. Brasil garantiza el acceso a medicamentos para el VIH/SIDA

El Programa Nacional de ITS/SIDA fue creado en 1986.¹² En 1996, se introdujo un nuevo tipo de medicamentos (inhibidores de proteasa) y además, un nuevo método terapéutico que involucraba el uso de varios medicamentos simultáneamente. Ese mismo año, Brasil aprobó la legislación que garantiza a los ciudadanos el acceso a los medicamentos.

La Ley 9.313, adoptada en noviembre de 1996, garantiza que todas las personas que viven con VIH/SIDA tendrán acceso de manera gratuita a “todos los medicamentos necesarios para su tratamiento” a través del Sistema Nacional Unificado de Salud.¹³ El gobierno confía al Ministerio de Salud la tarea de determinar cuadros básicos de medicamentos para cada etapa de la infección y la enfermedad, de manera que estos medicamentos puedan ser adquiridos por el Sistema de Salud.¹⁴ Estos cuadros deben ser revisados y publicados todos los años, o cada vez que sea necesario, de manera que se ajusten a los nuevos avances científicos y a la disponibilidad de nuevos medicamentos en el mercado.¹⁵

La ley se financia con recursos de Seguridad Social de União, los Estados, el Distrito Federal y las autoridades locales, de acuerdo con la normativa.¹⁶

2. MEDIDAS PARA PROTEGER LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA

El estigma asociado al SIDA sigue siendo uno de los mayores obstáculos que impide que las personas que viven con VIH/SIDA disfruten de sus derechos humanos.¹⁷ Por ejemplo, es posible que a las mujeres que viven con VIH/SIDA se les prohíba o se les desaliente para contraer matrimonio, y a menudo sean forzadas a practicarse abortos o a esterilizarse.¹⁸ Cuando la confidencialidad no está garantizada, las personas que viven con VIH/SIDA se arriesgan a que su derecho a la privacidad sea violado cuando se revele su condición médica a sus empleadores, parejas y otras personas sin su consentimiento. El estigma y la discriminación que surgen como consecuencia se traducen a menudo en la incapacidad para acceder a educación o entrar al mundo laboral, lo que obliga a las personas que viven con VIH/SIDA a vivir en la pobreza y aislamiento extremos.¹⁹

Se debe garantizar a las personas que viven con VIH/SIDA el respeto de su dignidad e igualdad. Por lo tanto, los Estados deben dejar claro en las leyes y políticas nacionales que no se tolerará la discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA. La legislación debe definir claramente el derecho a ser protegido/a de la discriminación que se basa en la condición VIH de una persona, debe implementar medidas para prevenir la discriminación asociada al VIH y otorgar una reparación cuando sea necesario. Por ejemplo, **Filipinas** y **Namibia** han adoptado legislación radical que prohíbe, en todos los sectores de la sociedad, la discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA.

A. Filipinas prohíbe la discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA

El gobierno filipino respondió tempranamente a la amenaza del VIH/SIDA al adoptar la siguiente ley, misma que aborda ampliamente los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA, no permite la discriminación en su contra, y prohíbe las pruebas obligatorias de VIH.

En 1998, el gobierno de Filipinas promulgó la Ley para la Prevención y el Control del SIDA.²⁰

Derechos de las personas que viven con VIH/SIDA

La ley garantiza que el gobierno “ofrecerá a toda persona, que sospecha o sabe que está infectada con VIH/SIDA, completa protección de sus derechos humanos y libertades civiles...”²¹ y prohíbe la discriminación “en todas sus formas y niveles de sutileza, contra las personas con VIH o las personas que son percibidas como, o se sospecha son, portadoras del VIH”.²² La ley también garantiza el derecho a la privacidad de los individuos con VIH y la provisión de servicios básicos sociales y de salud para las personas con VIH.²³

Prohibición de las pruebas obligatorias

La sección 15 de la ley estipula que no están permitidas las pruebas obligatorias. La ley establece que se debe obtener el consentimiento informado por escrito antes de realizar una prueba.²⁴ También estipula que “deben ser consideradas ilegales las pruebas obligatorias de VIH, cuando son solicitadas como condición para obtener un empleo, ser admitido/a en establecimientos educativos, ejercer la libertad de residencia, ingreso o permanencia en el país, o el derecho a salir de él, y para la provisión de servicios médicos o para cualquier otro tipo de servicio relacionado con el disfrute de las garantías mencionadas”.²⁵

Se prohíben muchos tipos de discriminación

La ley prohíbe la discriminación en el lugar de trabajo y en la escuela contra las personas que viven con VIH/SIDA.²⁶ La ley también prohíbe las prácticas discriminatorias, como las restricciones con motivo de viajes y búsqueda de vivienda, la exclusión de los servicios que otorgan créditos y seguros, la discriminación en hospitales e instituciones de salud, y la negación de servicios funerarios.²⁷ Todos los actos y políticas discriminatorias a las que se hace mención en la ley son sancionables con pena de prisión que va de seis meses a cuatro años, y con multa que no excederá de los 10.000 pesos.²⁸ También serán revocadas las licencias y los permisos de escuelas, hospitales y otras instituciones que sean considerados culpables de actos discriminatorios.²⁹

B. Namibia crea Carta de Derechos sobre VIH/SIDA

Al reconocer que la protección y la satisfacción de los derechos humanos es esencial para combatir el VIH/SIDA, el gobierno de Namibia desarrolló un marco legal y de políticas en colaboración con la sociedad civil que promueve abordar el VIH/SIDA desde una perspectiva de los derechos de las personas y proscribire la discriminación basada en la condición VIH de una persona.³⁰ La Carta de Derechos sobre VIH/SIDA de Namibia fue elaborada a través de un extenso proceso consultivo que incluyó la participación del gobierno y la sociedad civil, y fue adoptada en diciembre de 2000.³¹

La Carta de Derechos sobre VIH/SIDA de Namibia reconoce que las personas que viven con VIH/SIDA deben luchar contra el estigma y la discriminación, y que la discriminación les impide acceder

a ciertos servicios y beneficios.³² La carta promueve una respuesta a la epidemia que se basa en los derechos, y prohíbe la discriminación basada en la condición VIH de una persona.³³

Se prohíbe la discriminación

La carta dispone que la condición VIH de una persona no puede ser considerada como referencia para privarla de sus derechos humanos básicos. El respeto por la dignidad inherente a todas las personas y el derecho a obtener la misma protección de parte de la ley requiere que las personas que viven con VIH/SIDA tengan acceso igualitario a servicios, beneficios y oportunidades en los ámbitos público y privado. Las pruebas de VIH no deben ser solicitadas como condición previa para poder acceder a servicios. La carta también exige que se adopten medidas públicas para proteger de la discriminación a las personas que viven con VIH/SIDA, incluidos los niños y adolescentes, al momento de buscar trabajo, vivienda, educación, cuidados y patria potestad de los hijos, y la provisión de servicios médicos, sociales y de seguridad social.³⁴ También existen disposiciones que prohíben la discriminación contra los prisioneros y otros grupos vulnerables.³⁵

Derecho a la confidencialidad

La carta explica que la confidencialidad en el contexto del VIH/SIDA implica que los trabajadores de atención a la salud tienen la obligación ética y legal de mantener la confidencialidad de la información del paciente, y sólo pueden revelar información a terceros con el consentimiento del paciente.³⁶ La carta especifica que la realización de pruebas debe ser voluntaria y confidencial.³⁷

“Empoderamiento” de las mujeres

La carta señala que la subordinación de niñas y mujeres las hace vulnerables a la infección por VIH. En consecuencia, la carta estipula que debe promoverse el “empoderamiento” de la mujer a través de “programas apropiados orientados a elevar la condición de la mujer y a eliminar los factores sociales, económicos y culturales adversos que ponen a la mujer en riesgo de infección, así como a fortalecer el sentido de responsabilidad del hombre en lo que respecta a la prevención de la transmisión”.³⁸ Asimismo, la carta exige que las mujeres tengan acceso a información que les permita tomar decisiones informadas respecto de su salud reproductiva.³⁹

Derechos a la prevención y al tratamiento

Existen disposiciones que hacen valer el derecho de todas las personas a la educación y a la información acerca del VIH, y el derecho de todos a la atención de la salud y a recibir tratamiento médico.⁴⁰

Derechos de los menores

La carta dispone específicamente que los niños y adolescentes deben disfrutar de los mismos derechos que los adultos en lo que respecta al acceso a información, a la privacidad, a la confidencialidad, al respeto, al consentimiento informado y a medidas de prevención.⁴¹

3. MEDIDAS PARA PROTEGERSE DE LA INFECCIÓN POR VIH

La falta de educación y capacitación para la prevención del VIH/SIDA, así como la falta de acceso a medidas de prevención, constituyen factores importantes que contribuyen al aumento de la incidencia de VIH/SIDA entre las mujeres. Además, las normas culturales que dictan el rol pasivo de la mujer en la interacción sexual, junto con las fuertes presiones sociales para que niñas y mujeres permanezcan en la ignorancia respecto de asuntos de índole sexual, han ocasionado que las autoridades tengan poca disposición para impartir educación en estos temas y que haya poca iniciativa de parte de niñas y mujeres para obtener información al respecto.⁴²

Por lo general, la información disponible sobre sexualidad y salud reproductiva se proporciona en las escuelas. No obstante, la brecha de género que existe en la educación en muchos países implica que las niñas tengan menos acceso que los niños a este tipo de información.⁴³ Es más, en muchos lugares, la educación sexual está limitada exclusivamente a promover la abstinencia sexual para evitar el embarazo y el contagio de VIH/SIDA, enfoque que se denomina educación orientada “sólo a la abstinencia”. La propagación en el mundo de los programas que sólo promueven la abstinencia está siendo fomentada por Estados Unidos, que ha destinado aproximadamente un tercio de sus gastos para la prevención del VIH/SIDA en el extranjero a programas que sólo promueven la abstinencia.⁴⁴ Revisiones realizadas a programas de educación sexual en Estados Unidos no han sido capaces de demostrar que los programas que promueven sólo la abstinencia tengan un impacto positivo en la disminución de las conductas sexuales de alto riesgo, mientras que sí se ha comprobado que la educación sexual integral, que también incluye información sobre el uso de anticonceptivos para prevenir la infección y el embarazo, retrasa el inicio de la actividad sexual y aumenta el uso del condón entre los adolescentes una vez que han iniciado su vida sexual.⁴⁵

Muchos países que han reconocido la necesidad de detener el crecimiento de la epidemia de VIH/SIDA han desarrollado amplias políticas orientadas a la asignación de tareas de prevención a diversos organismos del gobierno. La mayoría de las políticas de este tipo, incluida una adoptada en **India**, ponen énfasis en la educación como medio esencial para la prevención.

A. India adopta una política nacional de prevención del SIDA

Hacia fines de 2003, aproximadamente 5.100.000 de adultos y niños vivían con VIH/SIDA en India.⁴⁶ A diferencia de otros esquemas nacionales con respecto al VIH/SIDA adoptados en el Sur de Asia—que se centran principalmente en medidas neutrales en cuanto a género para la prevención y el control de la enfermedad—la Política Nacional de India para la Prevención y Control del VIH reconoce que el bajo estatus legal de la mujer, sus limitadas oportunidades económicas, y su falta de acceso a información y educación sobre la salud la vuelven particularmente vulnerable a la infección.⁴⁷ La política recomienda pasos a seguir para abordar las causas fundamentales de la epidemia.

En 2002, el gobierno de India anunció la Política Nacional para la Prevención y Control del SIDA y la *National Blood Policy* (política nacional sobre el uso clínico de sangre). El objetivo general de las políticas es contener la transmisión del VIH/SIDA y reducir su impacto en las personas y en la salud y el bienestar socioeconómico de la población en general.⁴⁸ Uno de sus objetivos específicos es alcanzar una tasa de crecimiento cero de nuevas infecciones por VIH para el año 2007.⁴⁹

Otros objetivos de prevención

La política de India está orientada a limitar el posible daño que pudiera generar la epidemia comprometiéndose a lograr los siguientes objetivos:

- crear un entorno socioeconómico que ayude a prevenir el VIH/SIDA;
- movilizar el apoyo de organizaciones no gubernamentales y comunitarias en iniciativas para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA;
- descentralizar el Programa Nacional de Control del SIDA a nivel de campo, delegando adecuadamente las responsabilidades financieras y administrativas;
- prevenir que mujeres, niños y otros grupos marginados de la sociedad se vuelvan vulnerables a la infección por VIH, a través del mejoramiento de su salud, educación, condición legal y perspectivas económicas;
- mantener una interacción constante con organismos internacionales y bilaterales para recibir apoyo y cooperación en la investigación sobre vacunas, medicamentos y nuevos sistemas de atención de la salud;
- asegurar la disponibilidad de sangre y productos sanguíneos seguros y su adecuado suministro a la población general a través de la promoción de la donación voluntaria de sangre; y
- promover una mejor comprensión del VIH/SIDA entre los jóvenes, especialmente entre los estudiantes, la juventud y otros grupos sexualmente activos.⁵⁰

CONCLUSIÓN

Las respuestas del Estado frente al VIH/SIDA han sido decisivas para los esfuerzos por detener el crecimiento de la pandemia. Debido a que el VIH/SIDA afecta a los miembros más vulnerables de la sociedad—incluidas las mujeres de bajos ingresos y los adolescentes—la obligación de los Estados de mejorar las medidas de prevención y garantizar el acceso a tratamiento constituye un asunto de justicia social y derechos humanos. De manera similar, debido a que las personas que viven con VIH/SIDA siguen enfrentando el estigma, la discriminación y la violencia, los mecanismos legales que aseguran los derechos de estas personas deben ser sólidos y claros. La legislación existente refleja el compromiso de los Estados del mundo por abordar todas las dimensiones de la pandemia.

Notas

1. ONUSIDA, *2004 Informe Sobre la Epidemia Mundial de SIDA*, 2004, p. 13, *disponible en* <http://www.unaids.org/bangkok2004/report_pdf.html>, visitada el 28 de abril, 2008 [en adelante ONUSIDA, *Informe* 2004].
2. *Ibid.*, p. 22.
3. ONUSIDA & OMS, *Situación de la epidemia de SIDA*, 2005, pp. 9-10, *disponible en* <http://www.unaids.org/epi/2005/doc/EPIupdate2005_pdf_sp/Epi_01_sp.pdf>, visitada el 28 de abril, 2008.
4. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA MUJER (UNIFEM), *Turning the Tide: CEDAW and the Gender Dimensions of the HIV/AIDS Pandemic* [Cambiando la situación: la CEDAW y las dimensiones de género de la pandemia del VIH/SIDA], 2001, p. 4 [en adelante UNIFEM, *Turning the Tide*], <http://www.unifem.org/resources/item_detail.php?ProductID=13>, visitada el 28 de abril, 2008.
5. L. K. ALTMAN, "HIV risk greater for young African brides" [Mayor riesgo de VIH para las jóvenes novias africanas], *New York Times*, 29 de febrero, 2004.
6. ONUSIDA, *2006 Informe sobre la Epidemia Mundial de SIDA*, 2006, p. 506, Anexo 2, *disponible en* <<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/default.asp>>, visitada el 28 de abril, 2008 [en adelante ONUSIDA, *Informe Mundial* 2006].
7. ONUSIDA, *Affected Communities: Women* [Comunidades afectadas: las mujeres], *disponible en* <http://www.unaids.org/en/Issues/Affected_communities/women.asp>, visitada el 28 de abril, 2008.
8. ONUSIDA, *Informe Mundial 2006*, *supra* nota 6, p. 8.
9. *Ibid.*
10. INTERNATIONAL COMMUNITY OF WOMEN LIVING WITH HIV/AIDS, *International Women: Help us to make 2005 the year of HIV positive women's leadership* [Mujeres del mundo: ayúdennos a que el 2005 sea el año del liderazgo de las mujeres VIH-positivas], *disponible en* <<http://www.icw.org/node/131>>, visitada el 28 de abril, 2008.
11. CANADIAN INTERNATIONAL DEVELOPMENT AGENCY, *HIV/AIDS and Women* [Las mujeres y el VIH/SIDA].
12. MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL, *About Brazil's National Program: National Programme History* [Sobre el programa nacional de Brasil: Historia del programa nacional], 2005, *disponible en* <<http://www.aids.gov.br/main.asp?View={BD1B398D-86E4-4668-81C6-D3CD156F46CB}&Team=¶ms=itemID={0FE488C7-CE8E-4EB1-A093-26528B487409};&UIPartUID={D90F22DB-05D4-4644-A8F2-FAD4803C8898}>>, visitada el 28 de abril, 2008.
13. Lei no. 9.313, Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS [Ley sobre la distribución gratuita de medicamentos a las personas que viven con VIH/SIDA], 13 de noviembre, 2006, art. 1 (Brasil), *disponible en* <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B03CB60EA-0AF5-4EFD-823C-7EA941E4CCA9%7D/lei_9313.pdf>, visitada el 28 de abril, 2008.
14. *Ibid.*, art. 1.1.
15. *Ibid.*, art. 1.2.
16. *Ibid.*, art. 2.
17. ONUSIDA, *Informe 2004*, *supra* nota 1, p. 125.
18. CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, *HIV/AIDS: Reproductive Rights on the Line* [Derechos reproductivos en la cuerda floja], 2002, pp. 3-4, *disponible en* <http://www.crlp.org/pub_idx_hiv.html>, visitada el 28 de abril, 2008; *ver también* HUMAN RIGHTS WATCH, *A Test of Inequality: Discrimination against Women Living with HIV in the Dominican Republic* [Una prueba de desigualdad: Discriminación contra mujeres viviendo con VIH en la República Dominicana], 2004, pp. 2, 40, *disponible en* <<http://hrw.org/reports/2004/dr0704/>>, visitada el 28 de abril, 2008 [en adelante HRW: *HIV in the Dominican Republic*].
19. HRW: *HIV in the Dominican Republic*, *supra* nota 18, pp. 24-25.
20. Ley de la República No. 8504, Ley de Filipinas para la prevención y el control del SIDA, 1998.
21. *Ibid.*, sec. 2(b).
22. *Ibid.*, sec. 2(b)(3).
23. *Ibid.*, sec. 2(b)(2),(4).
24. *Ibid.*, sec. 15.
25. *Ibid.*, sec. 16.
26. *Ibid.*, secs. 35, 36.
27. *Ibid.*, secs. 37, 39-41.
28. *Ibid.*, sec. 42.
29. *Ibid.*
30. Declaración de la Dra. Libertina Amathila, Ministra de Salud y de Servicios Sociales de la República de Namibia en la 26^{va} Sesión Especial de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, 26 de junio, 2001, *disponible en inglés en* <<http://www.un.org/ga/aids/statements/docs/namibiaE.html>>, visitada el 28 de abril, 2008.
31. *Ibid.*
32. Namibian HIV/AIDS Charter of Rights [Carta de derechos de Namibia sobre el VIH/SIDA], pmbi., *disponible en inglés en* <<http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/laws/collection.htm>>, visitada el 28 de abril, 2008.
33. *Ibid.*
34. *Ibid.*, art. 1.
35. *Ibid.*, art. 10.
36. *Ibid.*, art. 3.
37. *Ibid.*, art. 4.
38. *Ibid.*, art. 6.
39. *Ibid.*
40. *Ibid.*, arts. 13, 14.
41. *Ibid.*, art. 7.
42. UNIFEM, *Turning the Tide*, *supra* nota 4, p. 4.
43. *Ibid.*
44. PLANNED PARENTHOOD FEDERATION OF AMERICA, *Global HIV/AIDS: The Politics of Prevention Issue Brief* [VIH/SIDA

a nivel mundial: informe sobre políticas de prevención], *disponible en* <<http://www.plannedparenthood.org/issues-action/international/hiv-prevention-6481.htm>> visitada el 28 de abril, 2008.

45. HUMAN RIGHTS WATCH, UNITED STATES, *Ignorance Only: HIV/AIDS, Human Rights and Federally Funded Abstinence-Only Programs in the United States* [Pura ignorancia: VIH/SIDA, derechos humanos y programas orientados solamente a la abstinencia financiados por el gobierno federal en EE.UU.], 2002, pp. 13-15, *disponible en* <http://hrw.org/reports/2002/usa0902/USA0902-04.htm#P255_43292>, visitada el 28 de abril, 2008.
46. ONUSIDA, *Epidemiological Fact Sheets: India, 2004 Update* [Hojas informativas epidemiológicas: India, 2004], *disponible en* <http://data.unaids.org/Publications/Fact-Sheets01/India_EN.pdf>, visitada el 28 de abril, 2008.
47. CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Women of the World South Asia* [Mujeres del mundo, Sur de Asia], 2004, p. 21.
48. National AIDS Control Organization, Ministry of Health and Family Welfare, National AIDS Prevention and Control Policy [Organización Nacional para el Control del SIDA, Ministerio de Salud y Bienestar Familiar, Política nacional para la prevención y el control del SIDA], sec 3.
49. *Ibid.*
50. *Ibid.*

CAPÍTULO VII

Derechos de matrimonio

Los derechos de la mujer dentro del matrimonio y la familia afectan considerablemente su capacidad de controlar su vida y tomar decisiones voluntarias e informadas acerca de su reproducción. La igualdad de derechos dentro del matrimonio fue de los primeros derechos humanos reconocidos explícitamente por el derecho internacional en relación con la condición de la mujer. Uno de los principios básicos que rigen el matrimonio, de acuerdo con la legislación en materia de derechos humanos, es que el matrimonio no podrá celebrarse sin el libre y pleno consentimiento de ambos contrayentes.¹ Además, según la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, los hombres y las mujeres tienen igualdad de derechos en la creación del vínculo matrimonial, durante el matrimonio y en la disolución del mismo.²

Este capítulo analiza la obligación por parte de los Estados de garantizar los derechos de las mujeres que surgen del matrimonio. Comienza examinando el marco legal internacional que sirve de fundamento para estos derechos y luego documenta cuatro obligaciones principales de los gobiernos de acuerdo con el derecho internacional: 1) garantizar que los matrimonios se celebren con el libre y pleno consentimiento de los contrayentes; 2) implementar una interpretación amplia del derecho a contraer matrimonio de modo que los derechos y obligaciones que surgen del mismo se extiendan a uniones menos formales y entre personas del mismo sexo, 3) asegurar que ambos contrayentes disfruten de los mismos derechos; y 4) eliminar las barreras legales para el divorcio y para la protección de la distribución equitativa de la propiedad una vez que se ha obtenido un divorcio. El capítulo ilustra cada una de estas obligaciones por parte de los gobiernos mediante ejemplos recientes de reformas legales a nivel nacional.

Datos sobre el matrimonio

- Entre mujeres de 15 a 24 años, el porcentaje que contrajo matrimonio antes de los 18 años era de 48% en el sur de Asia, 42% en África y 29% en América Latina y El Caribe.³
- Las mujeres que contrajeron matrimonio antes de los 18 años recibieron menos educación formal que aquellas que se casaron después de los 18 años. En Nigeria, las mujeres que tenían al menos 18 años al momento de contraer matrimonio asistieron 9,3 años a la escuela. Por el contrario, aquellas que se casaron antes de los 18 años completaron sólo 2,5 años de educación escolar.⁴

MARCO DE DERECHOS HUMANOS

El **derecho a consentir al matrimonio** se encuentra explícitamente reconocido en los principales tratados de derechos humanos. En todos los casos, el consentimiento debe ser pleno e informado, y la persona debe comprender las consecuencias de contraer matrimonio. Si uno o ambos contrayentes son menores de edad, se presume que las condiciones del consentimiento no se reúnen.

Para conocer los fundamentos legales internacionales de los derechos marcados en negrillas, ver Apéndice B

El **derecho a contraer matrimonio y fundar una familia** es un derecho humano reconocido. Dado que este derecho se extiende a todas las personas, los beneficios del matrimonio no deben negarse de manera arbitraria. La falta de reconocimiento de uniones legítimas, incluidas aquellas en que las parejas son del mismo sexo, niega a las personas la capacidad de participar en una importante institución social y pone en riesgo el bienestar económico de los integrantes de estas uniones.

Las mujeres tienen **derecho a estar libres de discriminación** al contraer matrimonio, durante el matrimonio y en caso de la disolución del mismo. Para lograr la igualdad con los hombres dentro del matrimonio, las mujeres casadas deben tener derecho a administrar, poseer y heredar bienes, y deben tener derecho a trabajar fuera del hogar y viajar sin el permiso de su esposo. Iniciar un divorcio debe ser una opción para las mujeres, del mismo modo que para los hombres, y deben existir leyes que protejan los derechos de las mujeres durante un proceso de divorcio. Adicionalmente, el derecho a la no discriminación otorga a las parejas del mismo sexo los mismos derechos en el matrimonio que a las parejas heterosexuales.

Estos principios legales originan las siguientes obligaciones por parte de los Estados:

- **Garantizar que los matrimonios se contraigan mediante consentimiento mutuo, libre y pleno.** Las medidas que se requieren para proteger el derecho de las mujeres a dar su consentimiento al matrimonio incluyen abordar las prácticas culturales que permiten el matrimonio de niñas menores de edad; modificar leyes que establecen requisitos de edad distintos entre niños y niñas para contraer matrimonio; y adoptar políticas para prevenir el pago de un precio por la novia.
- **Interpretar ampliamente el derecho a contraer matrimonio para exigir el reconocimiento de las uniones de facto y uniones del mismo sexo.** El derecho a contraer matrimonio es un derecho humano básico y, por lo mismo, los gobiernos deben hacer extensivos los beneficios de esta institución a una categoría más amplia de uniones para asegurar que todas las personas puedan disfrutar de este derecho. Esto implica expandir las protecciones y derechos legales asociados con el matrimonio a las uniones de facto, tales como las uniones maritales de hecho entre parejas de diferente sexo, y parejas del mismo sexo.
- **Asegurar que las parejas disfruten de los mismos derechos dentro del matrimonio.** Asegurar derechos iguales dentro del matrimonio obliga a los gobiernos a asegurarse de que las mujeres tengan los mismos derechos y responsabilidades que los hombres casados, y a eliminar las barreras legales y culturales que refuerzan la sumisión de las mujeres a sus esposos.
- **Desarrollar mecanismos que permitan el divorcio y protejan la distribución equitativa de la propiedad.** Los gobiernos que no permitan el divorcio, o que sólo permitan a los hombres presentar demandas de divorcio, obligan a las mujeres a permanecer en relaciones abusivas u opresivas. Más aún, limitar los motivos por los que se concede un divorcio o favorecer a los hombres en la distribución de los bienes después del mismo desalienta a las mujeres a solicitar un divorcio, lo que constituye una violación indirecta de sus derechos.

1. CONSENTIMIENTO LIBRE Y PLENO DE LOS CONTRAYENTES

En aquellos lugares en donde el derecho consuetudinario o religioso regula asuntos relacionados con el matrimonio y la familia, es posible que no se requiera el consentimiento de la novia y el novio antes del matrimonio. Esto ocurre, por ejemplo, en el contexto del matrimonio infantil, que se define en el derecho internacional como el matrimonio de una persona menor de 18 años.⁵ Una adolescente podría ser presionada por su familia a casarse con un hombre que se ha elegido para ella. Incluso un menor que contrae matrimonio de manera voluntaria podría carecer del conocimiento o de la capacidad de comprensión necesarios para tomar una decisión informada sobre un asunto que conlleva consecuencias para toda la vida. Otra práctica que anula el derecho de la mujer a dar su consentimiento para casarse es la costumbre de considerar a la “viuda como propiedad que se hereda,” en donde una mujer cuyo esposo ha muerto está obligada a casarse con uno de los parientes cercanos de éste. De manera similar, la práctica de compensar a la familia de una mujer a cambio de contraer matrimonio con ella puede representar demasiada presión para que la mujer se case en contra de su voluntad.

Cada vez más, los países están reformando las leyes que permiten a las niñas o adolescentes contraer matrimonio, como por ejemplo **Turquía** que reformó su Código Civil. También están tomando acciones contra los arreglos tradicionales de matrimonio tales como la poligamia y el pago de un precio por la novia, que discriminan a las mujeres y debilitan su capacidad de dar su consentimiento al matrimonio o de lograr la igualdad dentro del mismo.

A. Turquía reforma su Código Civil para abolir el matrimonio infantil

Años de exitosas campañas realizadas por grupos de mujeres en Turquía llevaron a la Gran Asamblea Nacional de Turquía a adoptar, a finales del año 2001, un nuevo Código Civil que cambió radicalmente la legislación existente sobre matrimonio. Ese mismo año, se reformó el artículo 41 de la Constitución, que ahora estipula, “la familia es la base de la sociedad turca y se basa en la igualdad entre los cónyuges”.⁶ El nuevo Código Civil turco establece el consentimiento al matrimonio como un elemento central para asegurar la igualdad dentro del matrimonio.

El Código Civil turco, que anteriormente había otorgado a los hombres la supremacía en el matrimonio y había privado a las mujeres de sus derechos civiles, económicos y sociales básicos, ahora incorpora los principios de igualdad de género de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos.⁷ El Código Civil contiene las siguientes disposiciones.

Edad para el consentimiento

La edad mínima para contraer matrimonio se elevó de 17 años para los hombres y 15 años para las mujeres, a 18 años para ambos sexos.⁸ Un juez de paz puede hacer una excepción y disminuir el límite de edad a 16 años bajo circunstancias extraordinarias y por razones que lo ameriten. De ser posible, el juez considera la opinión de padres y tutores antes de tomar una decisión. Al hacer esto, el juez tiene en cuenta la madurez psicológica y fisiológica del menor. El embarazo por sí solo no justifica una excepción. Incluso si el juez decide a favor de una excepción, el menor aún puede negarse a contraer matrimonio.⁹

Registro y declaración abierta de libre voluntad

Una ceremonia de matrimonio civil debe preceder a una ceremonia religiosa.¹⁰ Para los matrimonios civiles, la pareja debe formular una solicitud conjuntamente en la oficina de registro civil de la región de donde uno de ellos sea residente. Al obtener la autorización, el oficial del registro civil lleva a cabo una ceremonia. Durante la ceremonia, el oficial solicita al hombre y a la mujer declarar abiertamente su libre voluntad frente al oficial y dos testigos.¹¹

Precio de la novia

La costumbre de pagar un precio por la novia a su familia no es legalmente válida en Turquía, y la novia tiene el derecho a negarse a contraer matrimonio incluso si se ha ofrecido un precio por ella. Si ella declara que no se está casando por su propia voluntad durante la ceremonia de matrimonio, nadie puede obligarla.¹²

Anulación

Las menores y mujeres adultas que, no obstante, hayan sido presionadas para contraer matrimonio pueden solicitar una anulación, alegando que fueron obligadas a casarse.¹³

2. MEDIDAS PARA HACER EXTENSIVOS LOS BENEFICIOS DEL MATRIMONIO A LAS UNIONES DE HECHO

Los derechos de la mujer en el matrimonio pueden depender del reconocimiento legal del mismo. De manera similar, los derechos de una mujer a manutención y a la propiedad en caso de disolución de la unión, están determinados en gran parte por el reconocimiento legal del matrimonio. Como resultado, es posible que resulte difícil para las personas en relaciones informales, reclamar los derechos y beneficios que suelen surgir con el matrimonio. La falta de reconocimiento formal para las uniones de hecho puede crear dificultades extremas, especialmente para las mujeres vulnerables desde el punto de vista social y económico. Las dificultades pueden surgir tras la muerte de la pareja, si la pareja que le sobrevive no puede heredar bienes o percibir los beneficios de su pareja fallecida.

A través de instrumentos legales y de políticas, los gobiernos pueden extender los beneficios del matrimonio a una categoría más amplia de parejas de hecho. **Bolivia** recientemente adoptó un nuevo Código de Familia.

A. La ley de familia de Bolivia reconoce las uniones de hecho entre mujeres y hombres

Algunos países reconocen y regulan las uniones de hecho para asegurar que se protejan los derechos de este tipo de parejas. Varios países en América Latina, incluidos Colombia, Perú y México, regulan y protegen las uniones de hecho.¹⁴ La ley de familia de Bolivia constituye otro ejemplo que reconoce explícitamente las uniones de hecho indígenas.

La ley de familia de Bolivia protege las uniones de hecho, y establece que tales uniones ocurren “cuando el varón y la mujer, voluntariamente, constituyen hogar y hacen vida en común de manera estable y singular” por un período mínimo de dos años.¹⁵

Requisitos

Los requisitos para el reconocimiento legal de una unión de hecho son que ambos contrayentes hayan alcanzado la mayoría de edad; ninguno de los contrayentes esté casado con otra persona; y ninguno de los contrayentes haya sido condenado por homicidio consumado contra el cónyuge del otro.¹⁶

Derechos y obligaciones

Los derechos y obligaciones de las parejas de hecho son los mismos que nacen del matrimonio, tanto en términos de la relación entre los cónyuges como de los derechos de propiedad. El Código Civil reconoce derechos de sucesión entre los miembros de la pareja¹⁷ y estipula que “las uniones conyugales libres o de hecho reconocidas por la Constitución Política del Estado y el Código de Familia, producen respecto a los convivientes, efectos sucesorios similares a los del matrimonio”.¹⁸ Otras modalidades de unión de hecho están reconocidas legalmente por la ley boliviana, tales como las uniones de hecho conocidas como *tantanacú* y *sirvinacu*, frecuentes en las comunidades indígenas de los Andes. Los efectos legales de dichas uniones son similares a aquellos de los matrimonios formales.¹⁹

3. RECONOCIMIENTO LEGAL DE LAS UNIONES ENTRE PERSONAS DEL MISMO SEXO

El hecho de que los gobiernos se nieguen a permitir que las personas del mismo sexo contraigan matrimonio, o a otorgarles protecciones y beneficios, trae a discusión diversos aspectos relacionados con los derechos humanos. Junto con otros efectos perjudiciales, la falta de reconocimiento oficial de las uniones de personas del mismo sexo puede influir negativamente en el acceso a beneficios gubernamentales y laborales, el estatus migratorio y las solicitudes de adopción. Los gobiernos han abordado algunos de estos aspectos al reconocer las uniones entre personas del mismo sexo de distintas formas. Si bien muy pocos países han legalizado el matrimonio entre personas del mismo sexo, muchos otros, entre los que se incluyen Croacia, Finlandia, Francia, Alemania, Hungría, Islandia, Noruega y Portugal, reconocen en la legislación las uniones de personas del mismo sexo.²⁰ Otros países extienden algunos beneficios a los integrantes de parejas del mismo sexo, o cuentan con jurisdicciones que lo hacen. Entre éstos se incluyen Argentina, Australia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Israel, Italia y Nueva Zelanda.²¹

Algunas iniciativas legislativas para otorgar beneficios a los integrantes de parejas del mismo sexo han surgido a raíz de litigios iniciados con el objetivo de garantizar derechos para las personas que forman parte de uniones del mismo sexo, tal como ocurrió en **Sudáfrica**. Si bien otorgar beneficios a los integrantes de parejas del mismo sexo puede compensar la falta de equidad inherente a la prohibición de los matrimonios del mismo sexo, quienes buscan esos beneficios aún pueden enfrentarse a períodos de espera y al escrutinio de sus relaciones. Sólo en aquellos lugares donde los gobiernos han legalizado los matrimonios del mismo sexo a nivel nacional, tal como lo hizo recientemente **España**, todas las parejas tendrán derecho a beneficios y a participar en una institución tan importante socialmente.

A. El ejército sudafricano otorga beneficios a los integrantes de parejas del mismo sexo

*La decisión de reformar la Ley Sudafricana de la Defensa Nacional a fin de otorgar a los integrantes de parejas del mismo sexo los mismos beneficios que a los integrantes de parejas heterosexuales se produjo luego de la decisión de la Corte Constitucional sobre una política de beneficios para las parejas de jueces del mismo sexo.*²² En *Satchwell v. Presidente de la República de Sudáfrica*, la Corte Constitucional confirmó

*el fallo de un tribunal respecto de que una ley que otorgaba beneficios a los cónyuges heterosexuales de los jueces pero no a sus parejas del mismo sexo, era discriminatoria por razón de orientación sexual, y por lo tanto era inconstitucional.*²³ La Corte Constitucional declaró que no existía una razón legítima para otorgar beneficios a los cónyuges heterosexuales y al mismo tiempo negar los mismos beneficios a las parejas del mismo sexo que muestran “obligación de apoyo recíproco.”²⁴ El concepto de “apoyo recíproco” también fue usado en la definición de una relación de unión libre en la reforma a las regulaciones del ejército.

Basándose en la decisión de la Corte Constitucional, en mayo de 2004 se reformaron los Lineamientos Generales de la Defensa Nacional Sudafricana para otorgar a los integrantes de parejas del mismo sexo los mismos beneficios que a los integrantes de parejas heterosexuales.²⁵

Definición ampliada de “estado civil”

La definición de “estado civil” ahora incluye, además de soltero/a, divorciado/a y viudo/a, la categoría de unión libre. Una relación de unión libre puede darse con una persona del mismo sexo o del sexo opuesto y debe “incluir un compromiso de apoyo recíproco en la relación”.²⁶

Definición ampliada de “cónyuge”

La definición del término “cónyuge” ahora incluye la unión libre, que puede ser entre personas del mismo sexo o del sexo opuesto—excluyendo a padres y otros miembros de la familia— cuando la relación de pareja se reconoce en un documento notarial debidamente firmado, o se encuentra registrada de conformidad con legislación específica sobre relaciones de unión libre.²⁷

B. España legaliza el matrimonio entre personas del mismo sexo

*La ley sobre matrimonio entre personas del mismo sexo de España es la más liberal de Europa.*²⁸ Aprobada por voto parlamentario en el año 2005, la ley contó con el sólido apoyo del Presidente de dicho país, José Luis Rodríguez Zapatero, quien enfatizó que la ley se refería a la libertad e igualdad. Al dirigirse a los miembros del parlamento antes de la votación, Zapatero dijo que la legislación no era para “personas lejanas y extrañas” sino que se trataba de “ampliar las oportunidades de felicidad para nuestros vecinos, para nuestros compañeros de trabajo, para nuestros amigos y para nuestros familiares”.²⁹

El capítulo introductorio de la ley reconoce que la sociedad española es ahora más pluralista y dinámica que cuando se promulgó el Código Civil en 1889; señala que la legislación busca establecer condiciones para las parejas del mismo sexo de acuerdo con las garantías constitucionales de igualdad.³⁰ La ley modifica el Código Civil existente en varios aspectos.

Reconocimiento del matrimonio entre personas del mismo sexo

La siguiente disposición se agregó al Código Civil: “El matrimonio tendrá los mismos requisitos y efectos cuando ambos contrayentes sean del mismo o de diferente sexo”.³¹ Adicionalmente, se reemplazan las referencias a “marido” y “mujer” por términos neutrales como “cónyuge” y “pareja”.

Igualdad de derechos

La ley afirma la igualdad de ambos cónyuges en el matrimonio en términos de derechos y obligaciones, y permite a las parejas homosexuales adoptar hijos y recibir herencias.³²

4. IGUALDAD DE DERECHOS DENTRO DEL MATRIMONIO, INCLUIDO EL DERECHO A LA PROPIEDAD Y LA SUCESIÓN DE BIENES

Es posible que las mujeres no gocen de igualdad con sus esposos dentro del matrimonio. Las leyes discriminatorias en relación con el matrimonio pueden tener efectos de largo alcance en la vida de las mujeres. Algunas leyes impiden el derecho de las mujeres a administrar, poseer y heredar bienes, mientras que otras exigen la autorización de su cónyuge para viajar o trabajar fuera del hogar. Varias leyes apoyan explícitamente la sumisión de las mujeres a sus esposos. No obstante, existe una creciente tendencia a reformar estas leyes.

En años recientes, algunos de los mayores éxitos de la comunidad que trabaja por los derechos de las mujeres se han dado en el área del derecho de familia. Las reformas de los antiguos códigos familiares y civiles, como es el caso de **Guatemala**, han llevado a claras declaraciones de igualdad entre mujeres y hombres dentro del matrimonio. Además, estas reformas han dado lugar a protecciones más específicas contra la discriminación en áreas tales como el trabajo, la patria potestad y, en el caso de **Colombia**, los derechos de propiedad.

A. Guatemala reforma su Código Civil para otorgar a las mujeres más derechos dentro del matrimonio

La Constitución de Guatemala dispone que el gobierno debe promover la igualdad de derechos de los cónyuges³³ y el Código Civil reconoce que ambos cónyuges deben gozar de iguales derechos y obligaciones dentro del matrimonio.³⁴ No obstante, hasta que fuera reformado en 1998, el Código Civil de Guatemala también establecía que el rol del esposo era proteger y apoyar a su mujer, lo que incluía proveer todos los recursos para sustentar el hogar mientras que el rol de la mujer era cuidar y criar a los hijos y supervisar las tareas domésticas.³⁵ El Código Civil anterior también disponía que los esposos podían oponerse legalmente a que sus mujeres trabajaran fuera del hogar³⁶ y que sólo los hombres podían tener la representación legal del matrimonio.³⁷

La reforma del Código Civil de 1998 se logró gracias a una exitosa campaña de cabildeo realizada por grupos de derechos de las mujeres. Si bien el cambio no elimina todas las disposiciones discriminatorias del Código,³⁸ sí contiene muchas disposiciones que otorgan más derechos a las mujeres.

Derechos civiles

Las reformas hicieron extensivo a ambos cónyuges el derecho a la representación legal conyugal y el cuidado de los hijos durante la minoría de edad.³⁹ También se otorgó a ambos cónyuges el derecho a administrar el patrimonio conyugal, en forma conjunta o separada,⁴⁰ así como el ejercicio conjunto de la patria potestad, la representación del menor y la administración de sus bienes.⁴¹

Acceso a crédito

Las reformas al Código Civil eliminaron los obstáculos para acceder a créditos, ya que ahora ambos cónyuges pueden tener la representación legal conyugal y administrar el patrimonio conjunto.⁴²

Derechos laborales

La reforma también derogó la cláusula que permitía que los esposos se opusieran a que las mujeres trabajaran fuera del hogar cuando, en su opinión, esto ocasionaría que ellas descuidaran sus actividades en el hogar y aquellas relacionadas con el cuidado de los hijos.⁴³

Obligaciones parentales compartidas

La reforma del Código Civil también estipula que ambos cónyuges tienen la obligación de atender y cuidar a sus hijos menores.⁴⁴

5. ACCESO A DIVORCIO LEGAL

De igual manera en que las mujeres enfrentan la discriminación en el matrimonio, a menudo encuentran discriminación en el divorcio. En aquellos lugares donde no se encuentra reconocido el divorcio legal—como en Malta y Filipinas⁴⁵—se niega a las mujeres la oportunidad de poner fin a las uniones abusivas u opresivas. Además, las leyes relativas al matrimonio que limitan la capacidad de las mujeres de poner fin a una unión y al mismo tiempo permiten a los hombres repudiar los matrimonios de manera verbal o arbitraria, son claramente discriminatorias. Limitar los motivos por los cuales las parejas pueden divorciarse, o requerir el consentimiento de ambas partes para el divorcio, también puede ser motivo de dificultades. En algunos casos, las mujeres pueden solicitar un divorcio de manera unilateral, pero están obligadas a abandonar cualquier solicitud de manutención o apoyo. De manera similar, la obligación de intentar una reconciliación constituye una barrera para el divorcio y puede ser especialmente problemática en el caso de matrimonios abusivos.

En muchos países, las mujeres enfrentan enormes dificultades económicas al divorciarse. Muchos países no aseguran una división del patrimonio que permita a la mujer subsistir de manera independiente de su cónyuge. Además, las leyes de custodia que favorecen a los hombres pueden desalentar a las mujeres a solicitar un divorcio. Por último, las leyes en algunos países obligan a una mujer divorciada a observar un período de espera antes de volver a contraer matrimonio con el fin de asegurar que no se presente un embarazo concebido en el matrimonio anterior.

Algunos gobiernos han tratado de abordar la discriminación en el proceso de disolución del matrimonio y de eliminar los obstáculos para las mujeres que buscan poner fin al mismo, tal como hizo **Marruecos** al reformar su Código de Familia para lidiar con la desigualdad de derechos de las mujeres en el matrimonio.

A. Marruecos reforma su Código de Familia para corregir la desigualdad de derechos de las mujeres en el matrimonio y el divorcio

La novedosa legislación de familia de Marruecos aborda muchas de las manifestaciones de la desigual condición de la mujer en el matrimonio, incluida la discriminación en el proceso de disolución del mismo. El cabildeo en relación con la nueva legislación hizo énfasis en que la igualdad dentro del matrimonio coincidía con los ideales islámicos, en lugar de oponerse a éstos.⁴⁶

En febrero de 2004 Marruecos adoptó una nueva ley de familia que promueve la igualdad en la responsabilidad, derechos y obligaciones familiares.⁴⁷ Entre otras cosas, el nuevo Código de Familia, o *Moudawana*, permite a las mujeres iniciar la demanda de divorcio y crea protecciones para las mujeres luego de la disolución del matrimonio.

Repudio

El esposo ya no puede repudiar un matrimonio verbalmente, sino que necesita aprobación judicial, y se cita a los cónyuges para que intenten una reconciliación. Si estos intentos fallan, el tribunal determina la suma de dinero que el esposo debe depositar en el tribunal para eximirse de sus obligaciones financieras frente a su mujer e hijos.⁴⁸

Divorcio

Hoy en día la mujer puede solicitar el divorcio si su esposo no observa las condiciones del contrato de matrimonio, o si la perjudica mediante la falta de apoyo financiero, abstinencia sexual, abandono, perpetración de violencia, u otros actos que se consideren injustos.⁴⁹ Si la mujer no puede demostrar los perjuicios, puede solicitar el divorcio basándose en diferencias irreconciliables.⁵⁰ El Código de Familia también dispone otras maneras de disolver un matrimonio, la determinación de la manutención, apoyo de los hijos y custodia, y obligaciones conyugales y parentales.⁵¹

La poligamia como motivo de divorcio

La nueva ley permite que continúe la existencia de la poligamia, sujeto a que el juez estime que existe “una justificación objetiva y excepcional” en un caso particular y que el esposo será capaz de tratar de manera igualitaria a su primera y segunda mujer, y a sus hijos. No obstante, una mujer puede aceptar la propuesta de matrimonio dependiendo de que su potencial esposo se comprometa a no tener otras esposas. Cuando un hombre decide casarse con una segunda esposa, la primera esposa tiene la opción de solicitar el divorcio por cualquier perjuicio sufrido.⁵²

CONCLUSIÓN

Con el fin de cumplir con sus compromisos internacionales, los Estados deben asegurarse de que no están perpetuando la discriminación en el ámbito de la familia. Las leyes que rigen el establecimiento del matrimonio, los derechos dentro del matrimonio y la disolución del mismo, deben tratar a mujeres y hombres de manera equitativa y justa. Los matrimonios sólo deben celebrarse con el libre consentimiento de los contrayentes, y la legislación debe prohibir el matrimonio de menores de 18 años. Los gobiernos deben proteger los bienes de las mujeres y los derechos de sucesión, y otorgar a mujeres y hombres idéntica capacidad legal en todos los aspectos civiles. Las leyes que regulan el matrimonio deben proteger los derechos de las personas que forman parte de uniones de hecho y de uniones del mismo sexo. La legislación religiosa o consuetudinaria no debe contraponer las garantías de no discriminación dentro del matrimonio y la familia establecidas en las constituciones nacionales y el derecho internacional. Las leyes relativas a la terminación del matrimonio deben proteger la capacidad de las mujeres de divorciarse, y asegurar que las disposiciones sobre manutención y custodia traten a las mujeres justamente y no las penalicen por solicitar un divorcio.

Notas

1. Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada el 10 de diciembre, 1948, G.A. Res. 217A (III), Doc. de la ONU A/810 (1948), art. 16 [en adelante Declaración Universal]; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado el 16 de diciembre de 1966, G.A. Res. 2200A (XXI), ONU GAOR, 21ª Sesión., Sup. N° 16, Doc. de la ONU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (*entró en vigor* el 23 de marzo, 1976), art. 23 [en adelante Pacto de Derechos Civiles y Políticos]; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado el 16 de diciembre de 1966, G.A. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, Sup. N° 16, p. 49, Doc. de la ONU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 3 (*entró en vigor* el 23 de marzo, 1976), art. 10(1) [en adelante Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales].
2. Declaración Universal, *supra* nota 1, art. 16; Pacto de Derechos Civiles y Políticos, *supra* nota 1, art. 23.
3. UNICEF, *Early Marriage: A Harmful Traditional Practice* [Matrimonio precoz: Una práctica tradicional nociva], 2005, p. 4.
4. SHELLY CLARK, JUDITH BRUCE y ANNIE DUDE, “Protecting Young Women from HIV/AIDS: The Case Against Child and Adolescent Marriage” [Protegiendo a las mujeres jóvenes del VIH/SIDA: Argumentos contra el matrimonio infantil y adolescente], *International Family Planning Perspectives*, 2006, pp. 79, 82.
5. COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER DE LAS NACIONES UNIDAS (CEDAW), *Recomendación General 21: La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares*, 13ª Sesión., Doc. de la ONU A/49/38 (1994), p. 36 [en adelante Recomendación General sobre Matrimonio de CEDAW]; Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada el 20 de noviembre, 1989, G.A. Res. 44/25, anexo, ONU GAOR, 44ª Sesión., Sup. No. 49, p. 166, Doc. de la ONU A/44/49 (1989), art. 1 (*entrada en vigor* el 2 de septiembre, 1990) [en adelante Convención sobre los Derechos del Niño].
6. WOMEN FOR WOMEN’S HUMAN RIGHTS, *The New Legal Status of Women in Turkey* [Nuevo estatus legal de las mujeres en Turquía], 2002, p. 5, *disponible en* <<http://www.wwhr.org/images/newlegalstatus.pdf>>, visitada el 3 de febrero, 2008.
7. *Ibid.*, p. 5.
8. *Ibid.*, p. 9, *citando* Código Civil, publicado en el *Official Gazette* [*Gaceta Oficial de Turquía*], 2 de diciembre, 2001, art. 124 (Turquía) [en adelante Código Civil de Turquía].
9. *Ibid.*, *citando* Código Civil de Turquía, arts. 126, 128.
10. *Ibid.*, p. 11, *citando* Código Civil de Turquía, art. 143.
11. *Ibid.*, pp. 10-11, *citando* Código Civil de Turquía, arts. 134, 136-37, 142-43.
12. WOMEN FOR WOMEN’S HUMAN RIGHTS, *supra* nota 6, p. 11.
13. *Ibid.*, p. 11, *citando* Código Civil de Turquía, art. 151.
14. CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS Y DEMUS, ESTUDIO PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER, *Mujeres del mundo: Leyes y política que afectan sus vidas reproductivas: América Latina y el Caribe*, 1997, pp. 81, 160, 181.
15. Código de Familia, 23 de agosto, 1972, elevado al rango de ley el 4 de abril, 1988, art. 158 (Bolivia).
16. *Ibid.*, art. 172.
17. Código Civil, Decreto Ley N° 12760, 6 de agosto, 1975, art. 1083 (Bolivia).
18. *Ibid.*, art. 1108.
19. Código de Familia, *supra* nota 15, art. 160.
20. HUMAN RIGHTS WATCH, *Non-Discrimination in Civil Marriage: Perspectives from International Human Rights Law and Practice* [No discriminación en el matrimonio civil: Desde la perspectiva de la legislación y práctica internacional de los derechos humanos], 2004, pp. 2-3, *disponible en* <<http://hrw.org/backgrounder/lgbt/civil-marriage.htm>>, visitada el 3 de febrero, 2008.
21. *Ibid.*
22. BARRY STREEK, “Queer Equality in South African Army” [Igualdad para los homosexuales en el ejército de Sudáfrica], *Mail & Guardian*, 11 de enero, 2002, *disponible en* <http://www.mg.co.za/articledirect.aspx?articleid=221633&area=%2farchives%2farchives__print_edition%2f>, visitada el 6 de febrero, 2008.
23. Caso *Satchwell v. President of The Republic of South Africa* [Satchwell v. Presidente de la República de Sudáfrica], 2003 (4) SA 266 (CC).
24. *Ibid.*, p. 10.
25. Amendment to the General Regulations for the South African National Defence Force [Enmienda a las regulaciones generales de la Defensa Nacional Sudafricana], Government Notice (GN) R 631, 31 de mayo, 2004 (Sudáfrica).
26. *Ibid.*, cap. XV(1).
27. *Ibid.*
28. RENWICK MCLEAN, “Spain Legalizes Gay Marriage; Law is among the Most Liberal” [España legaliza el matrimonio gay; la legislación es de las más liberales], *New York Times*, 1ero de julio, 2005.
29. “Spanish MPs Approve Gay Marriages” [Miembros del parlamento español aprueban los matrimonios gay], *BBC News*, 30 de junio, 2005, *disponible en* <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/4636133.stm>>, visitada el 3 de febrero, 2008.
30. Ley 13/2005 por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio, 1 de julio, 2005, BOE N° 157, (España), *disponible en* <http://www.unex.es/unex/gobierno/direccion/vicedoc/archivos/ficheros/igualdad/legislacion/ley13_2005.pdf>, visitada el 3 de febrero, 2008.
31. *Ibid.*
32. JENNIFER GREEN, “Spain Legalizes Same-Sex Marriage” [España legaliza los matrimonios entre personas del mismo sexo], *Washington Post*, 1ero de julio, 2005, p. A14.
33. Constitución de Guatemala, art. 47.
34. Código Civil, aprobado por Decreto Ley N° 106, Sot. 14, 1963, art. 79 (Guatemala).
35. *Ibid.*, art. 110.
36. *Ibid.*, art. 114.

37. *Ibid.*, art. 109.
38. Decreto N° 80-98, 19 de noviembre, 1998, publicado en el *Diario de Centro América*, No. 56, 23 de diciembre, 1998 (Guatemala), *disponible en* <<http://www.congreso.gob.gt/archivos/decretos/1998/gtdcx80-1998.pdf>>, visitada el 3 de febrero, 2008. El Código aún contiene disposiciones discriminatorias, como por ejemplo el Artículo 89, que estipula que las mujeres no pueden obtener autorización para casarse hasta 300 días después de la disolución del matrimonio anterior. En cuanto a la custodia, el Artículo 299 estipula que ésta debe otorgarse en primer y segundo lugar a los abuelos paternos y maternos, respectivamente, y en tercer y cuarto lugar a las abuelas paternas y maternas, aunque es posible cambiar este orden según cada caso particular, teniendo presente el interés superior del menor.
39. *Ibid.*, art. 1; *ver también* arts. 2, 4.
40. *Ibid.*, art. 5. El artículo reformado mantiene cierta contradicción entre el primer párrafo, que otorga derechos de administración al esposo en el caso de sociedad mancomunada, y el segundo párrafo, que se refiere a la enajenación de bienes o derechos de preferencia sobre bienes inmuebles: “Bajo el régimen de sociedad mancomunada o el de sociedad de gananciales, ambos cónyuges administrarán el patrimonio, ya sea en forma conjunta o separadamente”.
41. *Ibid.*, art. 8.
42. *Ibid.*, art. 1.
43. *Ibid.*, art. 3.
44. *Ibid.*, art. 2.
45. “Chile introduces right to divorce” [Chile introduce el derecho al divorcio], *BBC News*, 18 de noviembre, 2004, *disponible en* <<http://news.bbc.co.uk/2/hi/americas/4021427.stm>>, visitada el 3 de febrero, 2008.
46. S.M. REY MOHAMMED VI, REY DE MARRUECOS, “Morocco: Directives from the King for a Bill to Change the existing Personal Status Code” [Discurso de apertura de las sesión de otoño del Parlamento], 13 de octubre, 2003, *disponible en inglés en* <<http://wluml.org/english/newsfulltxt.shtml?cmd%5B157%5D=x-157-21950%20&cmd%5B189%5D=x-189-21950>> [en inglés], visitada el 3 de febrero, 2008; KARBY LEGGETT, “Women Win New Rights in Morocco by Invoking Islam” [Las mujeres ganan nuevos derechos en Marruecos invocando al Islam], *Wall Street Journal*, 22 de septiembre, 2004.
47. Moudawana [Código de Familia], 2004 (Marruecos), *disponible en inglés en* <http://www.globalrights.org/site/DocServer/Moudawana-English_Translation.pdf?docID=3106> [traducción no oficial al inglés por Global Rights], visitada el 3 de febrero, 2008.
48. *Ibid.*, arts. 78-83.
49. *Ibid.*, arts. 98-112.
50. *Ibid.*, art. 94.
51. *Ibid.*, arts. 114-120, 166-168.
52. *Ibid.*, arts. 40-46.

CAPÍTULO VIII

Violencia contra las mujeres

La violencia contra las mujeres es una manifestación de la desigualdad social, sexual y económica que existe entre hombres y mujeres. La violencia basada en el género afecta a mujeres y niñas de todas las edades, y puede presentarse en cualquier entorno, incluidos el ámbito familiar, el lugar de trabajo, las instituciones educativas y los establecimientos de salud. Prácticas tales como la violencia doméstica, el acoso sexual, el abuso sexual, la trata de mujeres y niñas, y la mutilación genital femenina (MGF) son tipos de violencia contra la mujer.

Países de todo el mundo están tomando acciones para acabar con la violencia contra la mujer. Este capítulo aborda la obligación de los Estados de prevenir la violencia contra la mujer y de llevar a los perpetradores a la justicia. A su vez, hace una revisión de los fundamentos legales internacionales de esta obligación e identifica sus tres componentes principales: 1) reconocer en la ley todas las formas de violencia contra la mujer, 2) eliminar todas las barreras procedimentales que dificultan la tarea de sancionar a los perpetradores de la violencia contra la mujer, y 3) abordar las formas transnacionales de violencia contra la mujer, como la trata de personas.

Dimensiones mundiales de la violencia contra la mujer

- De acuerdo a un estudio basado en 50 encuestas realizadas en todo el mundo, al menos una de cada tres mujeres ha sido golpeada, forzada a tener relaciones sexuales, o abusada de alguna manera en su vida.¹
- La Organización Mundial de la Salud ha reportado que hasta el 70% de las víctimas femeninas de homicidio son asesinadas por sus parejas.²

MARCO DE DERECHOS HUMANOS

La comunidad internacional ha reconocido específicamente el derecho de la mujer a estar libre de violencia, incluida la violación y otros tipos de violencia sexual. En la Conferencia Mundial de Derechos Humanos realizada en Viena en 1993, representantes de 171 países declararon que “la violencia de género, así como todas las formas de acoso y explotación sexuales, incluidas las derivadas de prejuicios culturales y la trata internacional de personas son incompatibles con el valor y la dignidad humana y deben ser eliminadas”.³ Por lo tanto, los Estados deben tomar las medidas necesarias para proteger los derechos de las mujeres en este aspecto.

Para conocer los fundamentos legales internacionales de los derechos marcados en negrillas, ver Apéndice B

La violencia contra la mujer viola los derechos de las mujeres **a la vida, a la salud y a la seguridad personal**. Los actos de violencia, como la violación, la violencia doméstica y la MGF dañan el cuerpo y la salud de las mujeres, y pueden incluso llevar a la muerte.

El derecho de las mujeres **a estar libres de toda discriminación** las faculta al goce de todos los derechos humanos garantizados. La violencia contra las mujeres interfiere con dicho disfrute, particularmente en lo que se refiere a los derechos a la vida, la salud y a la seguridad personal. La violencia también puede ahondar las desigualdades de género. Por ejemplo, el acoso y la violencia en las escuelas o en el lugar de trabajo afectan directamente la capacidad de la mujer de participar en igualdad de condiciones que los hombres en todos los sectores de la sociedad.

Estos derechos exigen a los Estados:

- **Reconocer una obligación estatal de tomar medidas para prevenir la violencia intrafamiliar.** Los Estados pueden ser responsabilizados por el fracaso en la prevención y sanción de los actos de violencia cometidos por entes privados.
- **Reconocer en la ley todas las formas de violencia contra la mujer.** Los Estados deben penalizar todas las formas de violencia contra la mujer y crear mecanismos judiciales y de aplicación de la ley que faciliten la efectiva implementación de estas normas.
- **Abordar las formas transnacionales de violencia contra la mujer, incluida la trata de personas.** Los Estados deben asegurar que las leyes penales aborden específicamente la trata de personas. Igualmente, éstos deben promulgar leyes que protejan y apoyen a las víctimas de trata de personas.

1. RECONOCIMIENTO DE LA OBLIGACIÓN DEL ESTADO DE PREVENIR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

La responsabilidad de los Estados de prevenir la violencia contra la mujer requiere que éstos actúen en diversos frentes. Las iniciativas para abordar la violencia basada en el género, como la ley de **El Salvador** contra la violencia intrafamiliar, pueden mejorar la respuesta en lo que respecta a la aplicación de la ley al enumerar procedimientos que ayudan a las sobrevivientes a superar el problema.

A. El Salvador aborda el tema de la violencia intrafamiliar

Debido a que la violencia doméstica suele ocurrir dentro del hogar y entre familiares cercanos, quienes abogan por una intervención con frecuencia deben luchar contra el argumento de que este problema es un asunto privado. Al mismo tiempo, los legisladores deben considerar el contexto familiar en que se presenta la violencia a fin de preparar una legislación apropiada. En El Salvador, la Ley de 1996 contra la Violencia Intrafamiliar constituye una respuesta pública sensible a la dimensión íntima de estos delitos.

En El Salvador, la violencia intrafamiliar está regulada por la Ley contra la Violencia Intrafamiliar y por el Código Penal.⁴ La ley establece la obligación del Estado de prevenir, sancionar y erradicar la violencia intrafamiliar.⁵

Definición de violencia intrafamiliar

La ley define la violencia intrafamiliar como las acciones u omisiones directas o indirectas “que causen daño, sufrimiento físico, sexual, psicológico o muerte de las personas integrantes de una

familia”.⁶ Se distinguen tres tipos de violencia intrafamiliar: violencia psicológica,⁷ violencia física,⁸ y violencia sexual.⁹

Procedimientos policiales

Dentro de la Policía Nacional Civil se creó una división especial para investigar y procesar las denuncias de violencia intrafamiliar.¹⁰ La ley también establece los procedimientos para la intervención policial.¹¹

El papel de los tribunales

La ley establece la jurisdicción de determinados tribunales para emitir fallos en casos de violencia intrafamiliar, así como también medidas de protección que los tribunales pueden ordenar para proteger a la persona agredida.¹² Por ejemplo, los jueces pueden expedir órdenes de protección para las personas agredidas, auxilio policial, así como decretar la manutención mediante cuotas alimentarias.¹³ Los jueces también pueden ordenar la pérdida de la patria potestad, la custodia de los hijos, o ambos.¹⁴

A su vez, los jueces se encuentran facultados para tomar medidas más directas para detener los actos de violencia del agresor, como por ejemplo:

- Ordenar la terminación de las acciones de acoso y maltrato;
- Prohibir al agresor ingerir bebidas alcohólicas, consumir drogas o portar armas; y
- Ordenar al agresor abandonar el domicilio común y prohibirle el acceso al domicilio de la persona agredida.¹⁵

El agresor debe asistir a tratamiento psicológico y psiquiátrico especializado en violencia intrafamiliar.¹⁶ Además, la ley establece que se impondrá una multa si se violan las medidas ordenadas por el juez.¹⁷

Toda persona que tenga conocimiento de un hecho de violencia intrafamiliar puede hacer una denuncia.¹⁸ Los tribunales de la familia y los jueces de paz son legalmente competentes para recoger dichas denuncias;¹⁹ en caso de incumplimiento de sus fallos, se solicita la intervención de la Fiscalía General de la República.²⁰

2. RECONOCIMIENTO EN LA LEY DE TODAS LAS FORMAS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

Muchas formas de violencia contra la mujer han sido desconocidas por las legislaciones nacionales. La falta de tipificación de algunas formas de violencia basada en el género a menudo desencadena la aceptación social y cultural de estas acciones. El reconocimiento por parte del Estado de la naturaleza delictual de las formas largamente aceptadas de violencia contra la mujer constituye un importante paso para abordar la extendida tolerancia frente a la discriminación contra la mujer.

Las iniciativas legislativas son esenciales para cambiar el entorno social que ha amparado la perpetuación de la violencia contra la mujer. Los diseñadores de políticas públicas pueden emitir una fuerte señal sobre la condena social hacia estos delitos, enumerando todas las infracciones y dictando sanciones estrictas, como lo hizo **Colombia** cuando amplió la definición de violación, y **Túnez** y **Sri Lanka** en su legislación sobre el acoso sexual.

A. Colombia amplía la definición de violación

La violencia sexual es un problema grave en Colombia. En el año 2000, el 11% de las mujeres en edad reproductiva que alguna vez estuvieron casadas informaron haber sido abusadas sexualmente por su cónyuge; otro 7% informó haber sido violada por otras personas, comúnmente por desconocidos (29%), amigos (26%), y parientes (15%).²¹ El siguiente resumen de las reformas realizadas al Código Penal colombiano ilustra cómo el poder legislativo puede aumentar considerablemente la protección contra la violencia sexual al ampliar la definición de los delitos sexuales y eliminar los vacíos legales.

La reforma al Código Penal de Colombia, Ley 599 del 2000, aborda un vacío identificado hace mucho por las personas al interior del sistema de justicia penal—a saber, la falta de una definición de “acceso carnal” en las disposiciones relacionadas con la sanción al acceso carnal ilícito. La nueva definición que reforma el Código ha sido elogiada por ampliar los principios legales en esta área. Según la nueva definición, el “acceso carnal” incluye la penetración del miembro viril en la vagina, ano o boca de la víctima, así como la penetración de cualquier otra parte del cuerpo humano u otro objeto por vía vaginal o anal.²²

B. Túnez promulga ley que penaliza el acoso sexual

Si bien actualmente no hay estadísticas disponibles que indiquen el alcance y el nivel del acoso sexual en Túnez,²³ recientemente un grupo defensor de los derechos de las mujeres identificó el acoso en el lugar de trabajo como el segundo delito más denunciado en el país norafricano.²⁴ Al aprobar la enmienda al Código Penal para que incluya el delito específico de acoso sexual, el poder legislativo de Túnez reconoce el evidente daño provocado por el conjunto de actos, gestos, palabras y factores ambientales que conforman el acoso sexual.

El 2 de agosto del año 2004, Túnez promulgó la Ley N° 2004–73 que reforma el Código Penal de 1913 para penalizar el acoso sexual y otras ofensas “contra la moral”.²⁵

Definición

La disposición relacionada con el acoso sexual define el delito como acoso continuo a otra persona a través de actos repetidos, humillantes y ofensivos. También relaciona el acoso sexual con palabras o gestos que tienen la intención de someter a la víctima a las proposiciones sexuales del agresor (o a las de una tercera persona) o de debilitar los esfuerzos de la víctima por resistirse a dichas proposiciones.²⁶

Sanciones

La disposición sanciona a los perpetradores con un año de cárcel y una multa de 3.000 dinares tunecinos, y dobla el castigo en caso de que la víctima sea un niño/a o una persona con discapacidades físicas o mentales.²⁷

C. Sri Lanka establece procedimientos civiles y penales para abordar el acoso sexual en las escuelas

El acoso sexual en las escuelas no sólo viola el derecho a la integridad física, sino que también interfiere con el derecho a la educación y puede tener efectos negativos de largo alcance para los estudiantes que son acosados. Recientemente, el gobierno de Sri Lanka aprobó una ley que aborda el problema del acoso sexual en el contexto escolar.

Mediante la Ley de 1998 sobre la Prohibición de *Ragging* y otras Formas de Violencia en Instituciones Educativas, Sri Lanka convirtió la lucha contra el acoso sexual en las escuelas en una prioridad en cuanto a la aplicación de la ley.²⁸

Definición

La legislación define *ragging* (abuso sistemático de los derechos humanos) como “toda acción que provoque o pueda provocar daño físico, psicológico, sufrimiento mental o temor a un estudiante o miembro del personal de un establecimiento educacional”.²⁹ La ley aborda las formas específicas que puede tomar la coerción sexual en el entorno escolar.³⁰

Sanciones

El *ragging* que involucra el acoso sexual de un estudiante o de un miembro del personal de un establecimiento educacional es sancionado hasta con diez años de cárcel y con el pago de una compensación a la víctima.³¹ Además, la ley otorga a los tribunales la autoridad de ordenar la expulsión de un estudiante o el despido de un miembro del personal de una institución educacional.³²

Medidas para facilitar la aplicación de la ley

La legislación busca promover la eficacia del sistema judicial en el tema, ordenando a los tribunales dar prioridad a los casos procesados conforme a esta ley.³³ Las disposiciones de la ley también prescriben métodos para manejar la posibilidad de que el testigo desmienta sus declaraciones anteriores, presumiblemente para asegurarse de que los procedimientos no se vean afectados por la intimidación del testigo.³⁴

3. ACCIONES CONTRA LA TRATA DE MUJERES Y NIÑAS

Combatir la trata de personas es una tarea difícil y compleja debido a las implicaciones que ésta tiene en lo que se refiere a la aplicación de las leyes internacionales a nivel doméstico, las tensiones con las políticas de inmigración, la ampliación de los conceptos de esclavitud y de consentimiento, la relación con fenómenos amplios como son las situaciones de conflicto e inestabilidad geopolítica, desigualdades económicas a nivel mundial y corrupción. A pesar de esta complejidad es importante perseguir el delito ya que la trata de personas con fines de explotación sexual conforma un patrón perjudicial en que se violan muchos derechos, incluidos el derecho a la dignidad, el derecho a la integridad física y el derecho a la libre circulación.

Los gobiernos han reconocido cada vez más las dimensiones transnacionales de la trata de personas. Iniciativas como la legislación adoptada en **Filipinas** respaldan la lucha contra la trata de personas, al adaptar las leyes penales para responder a las formas cada vez más numerosas de tráfico de

personas. Un mayor grado de especificidad de las leyes facilita la tarea de los fiscales de perseguir a los perpetradores de delitos de explotación. El proceso legislativo también constituye una instancia eficaz para abordar el estatus migratorio de las víctimas de trata de personas y de establecer programas para facilitar su transición a formas legales de empleo. En **Italia** se adoptó una iniciativa de este tipo.

A. Filipinas promulga un plan integral para combatir la trata de personas y ayudar a las víctimas

El 26 de mayo del año 2003, Filipinas promulgó la Ley de la República N° 9208, llamada Ley Contra la Trata de Personas de 2003.³⁵ La ley, que cita instrumentos internacionales de derechos humanos,³⁶ da a conocer una política del Estado que aborda las múltiples formas de trata de personas y elabora medidas orientadas a apoyar a las víctimas y a asegurar su recuperación e integración a la sociedad.

De acuerdo con la Ley de la República N° 9208, constituye un delito:

- reclutar, transportar, o recibir a una persona por cualquier medio, incluido bajo el pretexto de ofrecerle trabajo en el país o en el extranjero, con el fin de comprar, vender o intercambiar a la persona;
- presentar o emparejar a una persona con un extranjero con fines de matrimonio a cambio de dinero u otras recompensas;
- ofrecer o contraer matrimonio, real o simulado, con el propósito de adquirir, comprar, ofrecer, vender o intercambiar a una persona para fines de prostitución, pornografía, explotación sexual, trabajo forzado o esclavitud, servidumbre involuntaria, o esclavitud ligada a una deuda;
- organizar viajes turísticos con propósitos de prostitución, pornografía o explotación sexual;
- mantener o contratar a una persona para introducirla en la prostitución o en la pornografía; o adoptar o facilitar la adopción de personas con fines de prostitución, pornografía, explotación sexual, trabajos forzados, esclavitud, servidumbre involuntaria, o esclavitud ligada a una deuda;
- reclutar, contratar, adoptar, transportar, o secuestrar a una persona con el propósito de extraerle o poner a la venta sus órganos; y
- reclutar, transportar, o adoptar un niño para involucrarlo en actividades armadas Filipinas o en el extranjero.³⁷

También están prohibidas una serie de actividades consideradas como que “promueven” la trata de personas.

Se imponen sanciones mayores, incluido el encarcelamiento de por vida cuando, entre otras cosas, la persona víctima de trata es un/a niño/a; el agresor es un pariente o tutor de la víctima; o la víctima muere, desarrolla alguna enfermedad mental, sufre alguna mutilación o se infecta con VIH.³⁸

Otras disposiciones de la ley ordenan la implementación de programas para prevenir la trata de personas, así como la protección y rehabilitación a las víctimas.³⁹ La ley reconoce a los individuos sometidos a trata de personas como víctimas, de acuerdo a ello se les exime de responsabilidad penal y se les considera aptos para ingresar al Programa de Protección de Testigos.⁴⁰ A los extranjeros que han sido víctimas de trata de personas se les ofrece la misma protección que a los ciudadanos

filipinos.⁴¹ La ley exige el establecimiento de un Consejo Interagencias contra la Trata de Personas y enumera servicios que obligatoriamente deben estar disponibles para las víctimas, tales como refugios de emergencia, consejería, asistencia legal gratuita, servicios médicos o psicológicos, capacitación en formas de ganarse la vida y adquisición de habilidades, y asistencia educacional para los niños que han sido víctimas de trata de personas. La ley también dispone la repatriación de los extranjeros que han sido víctimas de trata de personas y la inclusión de esta actividad entre los delitos que son causa de extradición.⁴²

B. Italia ofrece residencia temporal a las víctimas de trata de personas

*A medida que los Estados receptores intentan resolver el problema de cómo penetrar y perseguir las redes internacionales de trata de personas, también deben determinar qué trato dar a las víctimas, cuya presencia en el territorio nacional a menudo es ilegal. Varios países han otorgado permiso de residencia temporal a las víctimas de trata de personas sujeto a su participación en la investigación y acusación de los responsables del delito de trata. Sin embargo, Italia, en una medida alabada por los defensores de las víctimas de trata de personas, decidió no imponer tal obligación.*⁴³

De acuerdo al artículo 18 de la Ley de Inmigración italiana, Ley 286 de 1998, las víctimas de explotación grave pueden solicitar un permiso de residencia renovable de seis meses.⁴⁴ Si bien las autoridades italianas animan a las víctimas de trata de personas a cooperar con la captura y el enjuiciamiento de los responsables del delito de explotación, la ley no niega la residencia a aquellas personas que no deseen participar en los procesos penales contra los responsables del delito de trata.⁴⁵ El otorgamiento de la residencia está sujeto a la participación de la persona en un programa de asistencia social que facilita la integración mediante el acceso a servicios sociales y al empleo.⁴⁶ Quienes tengan permisos de residencia tienen derecho a servicios sociales, acceso a instituciones educacionales, y – si cumplen con los requisitos de edad mínima – autorización para trabajar.⁴⁷

CONCLUSIÓN

El *advocacy* en las ramas judicial y legislativa puede producir avances significativos en los esfuerzos por eliminar la violencia contra la mujer. El trabajo con actores del ámbito judicial y legislativo ofrece oportunidades para lograr el reconocimiento formal de la responsabilidad legal del Estado de abordar el tema de la violencia contra la mujer.

También ayuda a ampliar el conocimiento de parte del Estado de la naturaleza delictual de muchas formas de violencia contra la mujer tradicionalmente aceptadas, como la violación dentro del matrimonio, que persiste debido a concepciones patriarcales sobre la intimidad. El litigio y el *advocacy* a nivel legislativo pueden aumentar la aplicación de las sanciones penales, eliminando las barreras procedimentales para el acceso a la justicia. Finalmente, el reconocimiento de las dimensiones globales de delitos como la trata de personas, promueve un enfoque estatal que va más allá del derecho penal nacional.

Notas

1. Amnistía Internacional, *Stop Violence Against Women, Statistics* [No más violencia contra las mujeres, estadísticas], disponible en <<http://www.amnesty.org.uk/content.asp?CategoryID=10309>>, visitada el 15 de febrero, 2008.
2. *Ibid.*
3. Declaración y Programa de Acción de Viena, Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena, Austria, 14 – 25 de junio de 1993, párr. 18, Doc. de la ONU A/CONF.157/23 (1993) [en adelante Declaración y Programa de Acción de Viena].
4. Ley Contra La Violencia Intrafamiliar, Decreto Legislativo N° 902, 28 de noviembre de 1996, reformado por el Decreto Legislativo N° 403, 12 de agosto de 2004 (El Sal.), disponible en <<http://www.csj.gob.sv/leyes.nsf/0/ea93e5a68de3343906256d02005a3a9e?OpenDocument>>, visitada el 15 de febrero, 2008.
5. *Ibid.*, art. 6.
6. *Ibid.*, art. 3.
7. *Ibid.* Violencia psicológica se define como las acciones u omisiones cuyo propósito sea “controlar o degradar las acciones, comportamientos creencias y decisiones de otras personas, por medio de intimidación, manipulación, amenaza directa o indirecta, humillación, aislamiento o cualquier otra conducta u omisión que produzcan un perjuicio en la salud psicológica, la autodeterminación, el desarrollo integral y las posibilidades personales”.
8. *Ibid.* La violencia física se define como “acciones, comportamientos u omisiones que amenazan o lesionan la integridad física de una persona”.
9. *Ibid.* La violencia sexual se define como “acciones que obligan a una persona a mantener contactos sexualizados físicos o verbales, o participar en ellos mediante la fuerza, intimidación, coerción, chantaje, soborno, manipulación, amenaza u otro mecanismo que anule o limite la voluntad personal. Igualmente, se considerará violencia sexual, el hecho de que la persona agresora obligue a la persona agredida a realizar alguno de estos actos con terceras personas”.
10. *Ibid.*, art. 6.
11. *Ibid.*, arts. 10-11.
12. *Ibid.*, art. 7.
13. *Ibid.*
14. *Ibid.*
15. *Ibid.*
16. *Ibid.*, art. 28.
17. *Ibid.*
18. *Ibid.*, art. 13.
19. *Ibid.*, art. 20.
20. *Ibid.*, art. 17.
21. PROFAMILIA, *Salud Sexual y Reproductiva en Colombia: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 180*, 2000.
22. Código Penal, Ley N° 599 de 2000, art. 212 (Colom.).
23. U.S. DEPT OF STATE, *Tunisia: Country Report on Human Rights Practices 2003* [Túnez: informe sobre prácticas de derechos humanos, 2003], 25 de febrero, 2004, disponible en <<http://www.state.gov/g/drl/rls/hrrpt/2003/27939.htm>>, visitada el 15 de febrero, 2008.
24. FIDH, *Discrimination and Violence Against Women in Tunisia* [Discriminación y Violencia Contra las Mujeres en Túnez], 3 de junio, 2002, disponible en <http://www.fidh.org/article.php3?id_article=2274>.
25. Loi No. 2004-73 modifiant et complétant le Code pénal concernant la répression des atteintes aux bonnes moeurs et du harcèlement sexuel [Ley que modifica y completa el Código Penal para prohibir los abusos a la moralidad y el acoso sexual], 2 de agosto, 2004, J.O. REP. TUNISIA, No. 63, 6 de agosto, 2006 (Túnez) disponible en <<http://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/SERIAL/68257/66315/F262878188/TUN68257.pdf>>, visitada el 15 de febrero, 2008.
26. *Ibid.*, art. 1 (artículo único) creando el Código Penal art. 226 ter.
27. *Ibid.*
28. Prohibition of Ragging and other Form of Violence in Educational Institutions Act [Ley para la Prohibición del Ragging y Otras Formas de Violencia en Instituciones Educativas], N°. 20 de 1998, 2(2) (Sri Lanka).
29. *Ibid.*, art. 17.
30. *Ibid.*, arts. 2-7
31. *Ibid.*, art. 2(2).
32. *Ibid.* art. 8.
33. *Ibid.* art. 15.
34. *Ibid.* art. 13.
35. Republic Act No. 9208, the Anti-Trafficking in Persons Act of 2003 [Ley de la República N° 9208, la ley contra la trata de personas de 2003], 26 de mayo de 2003 (Phil.) disponible en http://www.lawphil.net/statutes/repacts/ra2003/ra_9208_2003.html.
36. *Ibid.*, sec. 2.
37. *Ibid.*, sec. 4.
38. *Ibid.*, sec. 5.
39. *Ibid.*, sec. 16.
40. *Ibid.*, secs. 17-18.
41. *Ibid.*, sec. 19.
42. *Ibid.*, secs. 20-21, 25-26.
43. Ver, e.g. Franciscans International, *Legislative and administrative challenges in fighting human trafficking in Italy* [Desafíos legislativos y administrativos en la lucha contra la trata de personas en Italia] (declaración escrita), Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas, 60ª Sesión, ONU Ginebra, 15 de marzo – 23 de abril, 2004.
44. Decreto Legislativo, n. 286/98, art. 18, Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell-immigrazione e norme sulla condizione dello straniero (Texto único de la disposición acerca de la inmigración y las condiciones para extranjeros), art. 18.1, 25 de julio de 1998, *Gazzetta Ufficiale* n. 191 (Gazeta Oficial No. 191), 18 de agosto de 1998 – Supp. Ord. n. 139 (Italia) disponible en <http://www.giustizia.it/cassazione/leggi/dlgs286_98.html#ART18>, visitada el 15 de febrero, 2008.
45. *Ibid.*
46. *Ibid.*
47. *Ibid.*, art. 18.5.

CAPÍTULO IX

Políticas de población

Por décadas, las leyes y las políticas gubernamentales sobre la composición, tamaño y crecimiento de las poblaciones nacionales han tenido un impacto enorme sobre los derechos reproductivos de las mujeres. Ya sea que se busque aumentar el tamaño de la población o reducir su tasa de crecimiento, estas leyes y políticas afectan la capacidad de las mujeres de tomar decisiones sobre su fecundidad.

Este capítulo aborda la obligación de los Estados de asegurar que las políticas nacionales sobre población se basen en el respeto a la dignidad de cada mujer, inclusive cuando se apoyan oficialmente las metas demográficas. A continuación se revisan los fundamentos legales internacionales de esta obligación y se identifican sus tres objetivos principales: 1) la protección legal del derecho a decidir el número de hijos y el espaciamiento entre los nacimientos, 2) la inclusión del lenguaje de los derechos humanos en las políticas de población y 3) la transformación de las políticas de población en un vehículo para mejorar la condición y la salud de las mujeres. El capítulo provee ejemplos de los recientes acontecimientos nacionales que reflejan cada una de las responsabilidades de los Estados.

Antecedentes: Una breve historia sobre las políticas de población

Durante mucho tiempo, en un número significativo de países de bajos ingresos, se ha considerado el rápido crecimiento de la población como perjudicial para el crecimiento económico. Como resultado, los debates nacionales e internacionales se han centrado en la reducción de las tasas de fecundidad. A partir de las décadas de 1960 y 1970, varios países adoptaron políticas explícitas de “control de la población” sin tener en cuenta el impacto, desproporcionado y a menudo negativo, de estas políticas sobre los derechos reproductivos de las mujeres.¹

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en 1994, fue un momento crucial en la historia de las políticas de población. En la CIPD, los países acordaron que la promoción y la protección de los derechos humanos de las mujeres deben ser fundamentales en los esfuerzos gubernamentales en materia de población y desarrollo.² El Programa de Acción resultante de la CIPD por primera vez colocó la igualdad de género, la equidad y el empoderamiento de las mujeres como un tema central.³ Articuló la visión de que “[l]a habilitación, la autonomía de la mujer y el mejoramiento de su condición política, social, económica y sanitaria constituyen en sí un fin de la mayor importancia”.⁴ Además, el Programa de Acción de la CIPD declaró que “[l]a promoción del ejercicio responsable de esos derechos para todos debe ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar”.⁵ El documento también afirmó que las prácticas coercitivas en la prestación de servicios de planificación familiar constituyen una violación de los derechos reproductivos y deben ser eliminadas.⁶

Hoy en día, la mayoría de las políticas de población siguen teniendo un impacto importante en la salud reproductiva y los derechos de las mujeres ya que, además de declarar los objetivos del gobierno en asuntos de población, estas políticas establecen el marco para la provisión de atención en salud reproductiva.

MARCO DE DERECHOS HUMANOS

Las mujeres tienen **derecho a la autodeterminación reproductiva**. Este derecho protege a las mujeres de cualquier intervención en las decisiones que ellas tomen respecto de sus cuerpos, y está respaldado por las garantías internacionales a los derechos a la integridad física y a la intimidad. La comunidad mundial ha reconocido repetidamente el derecho de cada persona a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento entre los nacimientos. Este derecho faculta a las mujeres a tener acceso a todos los medios seguros y eficaces de planificación familiar. También implica que las mujeres deben ser capaces de tomar decisiones sobre su fecundidad libres de coerción y violencia.

Para conocer los fundamentos legales internacionales de los derechos marcados en negrillas, ver Apéndice B

Las políticas que buscan alcanzar objetivos demográficos principalmente a través del control de la fecundidad de las mujeres violan el **derecho de las mujeres a estar libres de discriminación**. Históricamente, en aquellos lugares donde las políticas de población estatales han considerado a las mujeres exclusivamente como vehículos para reducir las tasas de fecundidad, éstas han sufrido los efectos de medidas coactivas, tales como la esterilización forzada o el aborto no deseado. La carga ha recaído particularmente en mujeres de bajos ingresos, pertenecientes a minorías o a comunidades indígenas, quienes enfrentan discriminación por diversos motivos y pueden ser las más vulnerables a las violaciones de derechos.

El **derecho a la salud** faculta a las mujeres a tener acceso a la amplia variedad de métodos anticonceptivos y a la información necesaria para obtener y usar estos métodos. Ofrecer a las mujeres sólo un tipo de método, como el inyectable hormonal de larga duración, sin presentar una variedad de otras opciones aceptables, pone en riesgo la capacidad de las mujeres de lograr el más alto nivel de salud posible.

Estas garantías legales dan pie a las siguientes obligaciones por parte del Estado:

- **Los Estados deben reconocer y proteger el derecho de las personas a determinar el número de hijos que desean tener y el espaciamiento entre los nacimientos.** El Programa de Acción de la CIPD afirmó de manera explícita que los derechos reproductivos de las mujeres “se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos”⁷ y sobre “el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”.⁸ Es especialmente importante que los Estados afirmen este principio al establecer objetivos de políticas sobre población.
- **Las políticas de población deben adoptar un enfoque de derechos humanos y rechazar las estrategias de implementación coactivas.** La mayoría de los países aborda la población a través de políticas nacionales emitidas por el poder ejecutivo. Estas políticas deben cumplir las garantías internacionales y nacionales de derechos humanos. Además, deben dar explícitamente un enfoque de derechos humanos a sus políticas de población.

- **Las políticas de población, cualesquiera sean sus objetivos demográficos declarados, deben exigir estrategias de promoción de los derechos humanos y la salud de las mujeres.** Los derechos humanos de las mujeres deben considerarse como un fin en sí mismo y no solamente como un medio para lograr metas de desarrollo. No obstante, dado que se ha identificado que el empoderamiento de las mujeres es una de las principales formas de reducir la pobreza y mejorar la calidad de vida, los Estados han abordado la condición y la salud de las mujeres en las políticas de población. Esta práctica debe continuar.

1. RECONOCIMIENTO LEGAL DEL DERECHO A DETERMINAR EL NÚMERO DE HIJOS Y EL ESPACIAMIENTO ENTRE LOS NACIMIENTOS

En el contexto de las políticas de población, una forma de asegurar que se proteja la autonomía en la toma de decisiones reproductivas consiste en otorgarle rango constitucional. Si bien la mayoría de las constituciones protege los principios básicos a la integridad física y a la intimidad, pocos Estados han relacionado en sus constituciones las políticas de población y los derechos individuales. Ecuador es una excepción, ya que los relaciona explícitamente.

A. La Constitución de Ecuador protege la autonomía reproductiva

Ecuador adoptó una nueva Constitución en 1998.⁹ La nueva Constitución sigue otorgando una protección explícita al derecho de los padres a planificar sus familias. A esta protección se le otorgó la categoría “constitucional” por primera vez en 1978 y desde entonces se ha repetido en las constituciones sucesivas.¹⁰

El estado de Ecuador expresó su apoyo a una maternidad y paternidad responsables en la Constitución del país. El Artículo 39 de la Constitución de Ecuador dispone que el Estado debe garantizar a sus ciudadanos el derecho a decidir el número de hijos que desean tener. El artículo también establece que es obligación del Estado proveer información, educación y otros medios para ayudar a las personas a ejercer este derecho.¹¹

2. POLÍTICAS DE POBLACIÓN QUE ADOPTAN UN ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS

Una forma de cumplir los compromisos internacionales en materia de derechos humanos es incorporar los principios del Programa de Acción de la CIPD a las políticas públicas y, si es necesario, adaptar esos principios al contexto nacional. Sudáfrica adoptó este enfoque al diseñar su política nacional sobre población.

A. La política sobre población de Sudáfrica respeta los derechos reproductivos

Antes de la nueva política sobre población de 1998, el gobierno de Sudáfrica distribuyó un Libro Verde que invitaba a las personas, las organizaciones y los medios de comunicación a ofrecer su opinión respecto de las medidas que el gobierno debería adoptar sobre los asuntos de población.¹² Al abrir este debate, el gobierno destacó la CIPD como el punto de partida para cualquier diálogo sobre la política de población. Funcionarios del gobierno también declararon que “el Programa de Acción de la CIPD enfatiza la importancia de los derechos humanos, y que todos los programas deben implementarse dentro de un marco de derechos humanos aceptado internacionalmente”.¹³

Los derechos humanos como “principios rectores”

En Sudáfrica, la Política de Población de 1998 sigue el mandato de la CIPD y establece el marco de los derechos humanos como el primero de los 12 Principios Rectores de la política.¹⁴ Estos 12 principios “ofrecen el contexto ético para un enfoque de derechos humanos orientado a integrar las inquietudes sobre población a la planificación, implementación y monitoreo del desarrollo”.¹⁵ Uno de estos principios afirma la definición de los derechos reproductivos tal como se estableció en el Programa de Acción de la CIPD.¹⁶ Intercaladas a lo largo de la política se encuentran referencias a los principios de derechos humanos, incluidos los derechos a tomar decisiones libres e informadas, a estar libre de discriminación, al acceso igualitario a la atención en salud reproductiva y a los derechos de las mujeres.

Énfasis sobre los derechos reproductivos y la atención en salud

De las 24 estrategias principales para la implementación descritas en la Política de Población para Sudáfrica, varias enfatizan la importancia de que la atención en salud reproductiva resulte accesible y económica. En línea con el enfoque general del Estado sobre la atención en salud, la política define la atención en salud reproductiva como un componente clave de la salud primaria que debe hacerse universalmente asequible. La política reconoce también que “[l]as medidas para el control de la fecundidad impuestas y llevadas a cabo por el gobierno no pueden conciliarse dentro de la libertad de elección y los derechos humanos”.¹⁷

Énfasis en la igualdad de la mujer

Varias de las estrategias también destacan la importancia de la igualdad de género, la disponibilidad de la información, y el empoderamiento, que son necesarios para tomar decisiones informadas sobre la salud reproductiva. Centrarse en el género exige las siguientes medidas:

- acciones positivas para asegurar la representación de las mujeres en los organismos responsables de la toma de decisiones;
- reducción de la violencia contra mujeres y niños;
- eliminación de la discriminación por género;
- mejor cumplimiento de las leyes de protección; y
- promoción de “una participación equitativa de hombres y mujeres en todas las áreas relacionadas con las responsabilidades familiares y del hogar, incluida la paternidad responsable, la salud reproductiva, la crianza de los hijos y las labores domésticas”.¹⁸

Reconocimiento de los derechos de los adolescentes

En el área de la educación e información, la política busca permitir a los adolescentes tomar decisiones informadas sobre su conducta sexual y reproductiva a través de la participación en nuevos programas de “habilidades para la vida, educación en sexualidad y sobre sensibilidad de género, [y] servicios de salud accesibles y amables”.¹⁹

3. POLÍTICAS DE POBLACIÓN QUE PROMUEVEN LA CONDICIÓN Y LA SALUD DE LA MUJER

Un compromiso sincero con la igualdad de la mujer, declarado en una política de población nacional, puede movilizar recursos públicos hacia programas que logren mejorar la vida de las mujeres. También puede apoyar a los defensores de los derechos de las mujeres que están trabajando en otras esferas de las políticas. La política de población de **India** enumeró varios objetivos de políticas relacionados con la condición de la mujer.

A. La política nacional de población de India cita objetivos para los derechos y la salud de las mujeres

En 1952, India inició el primer programa de planificación familiar del mundo que destinaba recursos gubernamentales para reducir la rapidez de crecimiento de la población.²⁰ Desde principios de la década de 1960 hasta mediados de la década de 1990, el programa de población de India se dirigía hacia la promoción de los métodos anticonceptivos.²¹ La CIPD en 1994 originó un importante cambio en la política nacional. En 1996, el gobierno anunció el “enfoque sin objetivos”, que eliminaba los objetivos nacionales de promoción de anticonceptivos pero al mismo tiempo seguía dejando un margen para los objetivos determinados localmente establecidos por trabajadores comunitarios.²² La actual Política Nacional de Población se compromete a continuar el enfoque “sin objetivos específicos” en la provisión de servicios de planificación familiar, así como la planificación e implementación descentralizada de tales servicios. Si bien la política establece metas claras para reducir la tasa nacional de fecundidad y exige la promoción de la “norma de la familia pequeña”, también se compromete a asegurar la elección voluntaria e informada y el consentimiento de toda persona que tenga acceso a los servicios de salud reproductiva.²³ Además, cita varias metas relacionadas con el empoderamiento y la salud de las mujeres.²⁴

Las metas sociales, educacionales y de salud reproductiva que deben alcanzarse para el año 2010 incluyen las siguientes:

- alcanzar las metas en servicios básicos de salud reproductiva e infantil, insumos e infraestructura;
- lograr que la escolaridad sea gratuita y obligatoria hasta los 14 años y reducir las tasas de deserción escolar de las escuelas primarias y secundarias a menos del 20% en niños y niñas;
- reducir la tasa de mortalidad infantil a menos de 30 muertes infantiles por cada 1.000 nacidos vivos;
- reducir la proporción de la mortalidad materna a menos de 100 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos;
- promover el retraso del matrimonio para las niñas por lo menos hasta los 18 años y preferiblemente después de los 20 años;
- aumentar al 80% la proporción de nacimientos en instituciones médicas y al 100% la proporción de los nacimientos atendidos por personal médico;
- lograr el acceso universal a la información de planificación familiar, consejería y servicios y ofrecer una amplia variedad de opciones anticonceptivas;
- crear un registro universal de nacimientos, muertes, matrimonios y embarazos;
- contener la propagación del VIH e integrar y mejorar el tratamiento de las infecciones del tracto reproductivo y las infecciones de transmisión sexual;

- integrar la medicina tradicional india en las actividades de información y en la provisión de servicios de salud reproductiva e infantil; y
- crear un enfoque centrado en las personas en todos los programas sociales relacionados al bienestar de la familia.²⁵

CONCLUSIÓN

Las políticas públicas orientadas a determinar la composición, el tamaño y el crecimiento de las poblaciones nacionales inevitablemente afectan la salud reproductiva y la toma de decisiones de las mujeres. Por lo tanto, los Estados deben aproximarse a estas medidas con un compromiso claro con los derechos reproductivos de las mujeres. Este compromiso se puede demostrar a través de la protección constitucional de la toma de decisiones individuales sobre aspectos reproductivos. Además, las mismas políticas de población no sólo deben cumplir estándares de derechos humanos, sino que también deben adoptar los principios de derechos humanos, particularmente aquellos expresados en el Programa de Acción de la CIPD. Finalmente, incluso si las políticas de población adoptan explícitamente metas demográficas, éstas deben orientarse a mejorar la condición y la salud de las mujeres.

Notas

1. CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Rethinking Population Policies 1*, (2003); PAULA ABRAMS, *Population Control and Sustainability: It's the Same Old Song But With a Different Meaning* [Control de la población y sostenibilidad: La misma canción pero con otro significado], 27 ENVTL. L., 1997, pp. 1111, 1112-13.
2. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5-13 de sept., 1994, pár. 4.1, Doc. de la ONU A/CONF.171/13/Rev.1, 1995 [en adelante Programa de Acción de la CIPD].
3. *Ibid.*
4. *Ibid.*
5. *Ibid.*, pár 7.3.
6. *Ibid.*, princ. 8 y pár. 7.3.
7. *Ibid.*, pár 7.3.
8. *Ibid.*, pár 7.3.
9. Constitución de Ecuador (1998), *disponible en* <<http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Ecuador/ecuador98.html>>, visitada el 21 de febrero, 2008.
10. DIVISIÓN DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS. DEPARTAMENTO DE ASUNTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES, *Abortion Policies: A Global Review* [Políticas sobre aborto: Una revisión a nivel mundial], 2002, p. 133.
11. Constitución de Ecuador, *supra* nota 9, art. 39.
12. MINISTERIO DE BIENESTAR Y DESARROLLO DE LA POBLACIÓN, *A Green Paper for Public Discussion: Population Policy for South Africa* [Un libro verde para la discusión pública: Política de población para Sudáfrica], 1995, p. 5.
13. *Ibid.*, p. 14.
14. MINISTERIO DE BIENESTAR, *Population Policy for South Africa* [Política de población para Sudáfrica], 1998, pp. viii-ix, sec. 1.5.
15. *Ibid.*, p. ix.
16. *Ibid.*, pp. viii-ix, sec. 1.5.7; Programa de Acción de la CIPD, *supra* nota 2, pár. 7.3.
17. MINISTERIO DE BIENESTAR, *Population Policy for South Africa*, [Política de población para Sudáfrica], *supra* nota 14, pp. viii-ix, sec. 1.4 p. 7.
18. *Ibid.*, secs. 3.516-16.
19. *Ibid.*, sec. 3.514.
20. CARL HAUB y O.P. SHARMA, *India's Population Reality: Reconciling Change and Tradition* [La realidad de la población de India: Entendiendo cambio y tradición], *Population Bulletin* (Population Reference Bureau, Washington, D.C.), vol. 61(2), Sept. 2006, p. 14.
21. CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Women of the World – Laws and Policies Affecting their Reproductive Lives* [Mujeres del mundo: Leyes y políticas que afectan su vida reproductiva], 2004, p. 89.
22. *Ibid.*
23. *Ibid.*
24. DEPARTAMENTO DE BIENESTAR FAMILIAR, MINISTERIO DE SALUD Y BIENESTAR FAMILIAR, GOBIERNO DE INDIA, NATIONAL *National Population Policy* [Política nacional sobre población], 2000, p. 2 (Cuadro 2: Metas socio-demográficas por país para 2010).
25. *Ibid.*

CAPÍTULO X

Derechos reproductivos de los adolescentes

Si bien los adolescentes tienen los mismos derechos reproductivos que los adultos, éstos enfrentan más obstáculos para disfrutar de dichos derechos. El estatus que ostentan los adolescentes debido a su edad y falta de autonomía los puede hacer vulnerables a distintas violaciones de sus derechos.¹ Entre éstas se incluyen la negación del acceso a la información y a servicios de salud reproductiva, la violencia, la explotación, y las adversidades extremas en caso de embarazos no deseados. Los Estados que restringen el acceso de los adolescentes a información y servicios de salud reproductiva están violando las normas internacionales. Lo mismo sucede cuando los países no logran implementar o hacer cumplir las leyes que protegen a los adolescentes de la violencia y la discriminación.

Adolescentes y jóvenes

La definición del término “adolescentes” es amplia; para muchos se refiere a las personas cuyas edades fluctúan entre los 10 y los 19 años. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) define las categorías etarias de este grupo de la siguiente manera:

Adolescentes	10–19 años
Jóvenes	15–24 años
Personas jóvenes	10–24 años ²

Usando la definición de UNFPA, una de cada cinco personas en el mundo es adolescente, lo que se traduce en una población mundial adolescente de aproximadamente 1.300 millones.³ Casi la mitad de las personas del mundo son menores de 25 años, lo que implica que la actual generación de jóvenes es la más numerosa de la historia.⁴

Este capítulo aborda la obligación de los Estados de asegurar los derechos reproductivos de los adolescentes. Hace una revisión de los fundamentos legales internacionales de este deber e identifica sus tres componentes principales: 1) garantizar a todos los adolescentes acceso a la información y la educación en salud reproductiva; 2) garantizar a todos los adolescentes acceso a servicios de salud reproductiva; y 3) proteger a los adolescentes de la violencia y de las prácticas discriminatorias. El capítulo presenta ejemplos de avances nacionales recientes que reflejan cada una de estas responsabilidades estatales.

MARCO DE DERECHOS HUMANOS

El derecho de los adolescentes a acceder a información y servicios de salud reproductiva se basa en las **garantías a la vida y a la salud**. Los adolescentes enfrentan graves problemas que ponen en riesgo su vida y su salud, tales como el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), el embarazo precoz y el aborto realizado en condiciones de riesgo. Por lo tanto, la información y los servicios de salud reproductiva, que pueden evitar estas amenazas o mitigar su impacto en la vida de los adolescentes, son componentes vitales de los derechos a la vida y a la salud.

Para conocer los fundamentos legales internacionales de los derechos marcados en negrillas, ver Apéndice B

Preocupaciones de los adolescentes respecto de la salud sexual y reproductiva

El embarazo constituye la principal causa de muerte entre mujeres de 15-19 años en todo el mundo, debido a las complicaciones del parto y de abortos realizados en condiciones de riesgo.⁵

Aproximadamente 70.000 adolescentes mueren cada año por causas relacionadas con el embarazo y el parto.⁶ Las mujeres menores de 18 años tienen el doble de posibilidades de muerte durante el parto que las mujeres de 20 años y más.⁷

Se estima que cada año se realizan cinco millones de abortos en condiciones de riesgo a adolescentes en los países de bajos ingresos.⁸

Casi 6.000 jóvenes entre 15 y 24 años se infectan con el VIH diariamente.⁹ Esto significa que cerca de 12 millones de jóvenes viven con VIH o SIDA. El 62% de estos jóvenes infectados son mujeres.¹⁰

Los **derechos a la información y a la educación** también respaldan directamente el acceso de los adolescentes a la información sobre salud sexual y reproductiva. Los adolescentes tienen derecho a acceder a información médica, imparcial y completa sobre la prevención del embarazo y del VIH.¹¹ Los derechos a la información y a la educación también facultan a todos/as los/as adolescentes, incluidas aquellas que estén embarazadas y aquellas/os que tienen hijos, a continuar su educación y asistir a la escuela.

La ley internacional reconoce las “capacidades en constante desarrollo” de los adolescentes en la toma de decisiones en temas que afectan sus vidas.¹² Los adolescentes sexualmente activos que buscan información y servicios para protegerse de los embarazos no deseados y de las ITS, incluido el VIH, están actuando en forma madura para protegerse de riesgos graves para la salud. Por lo tanto, cuentan con la capacidad requerida para disfrutar su **derecho a la autodeterminación reproductiva**, en concordancia con la protección internacional de sus derechos a la integridad física y a la intimidad, así como con su derecho a decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos. Estos principios también respaldan el derecho de los adolescentes a la confidencialidad

en el acceso a servicios de salud reproductiva. Finalmente, con el fin de que los adolescentes disfruten del derecho a la autodeterminación reproductiva, deben ser protegidos de la violencia y del abuso sexual, así como de las prácticas culturales discriminatorias.

Si no se asegura el acceso de los adolescentes a la información y a los servicios integrales de salud sexual y reproductiva se viola su **derecho a estar libres de discriminación**. En comparación con los hombres jóvenes y con los niños, las mujeres jóvenes y las niñas se ven afectadas de manera desproporcionada por la falta de acceso a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva, debido a que son ellas quienes deben enfrentar el riesgo de un embarazo no deseado y son más vulnerables a las ITS. Los Estados agravan los efectos del embarazo no deseado cuando niegan a las niñas embarazadas el derecho a ir a la escuela. Tales prácticas son, en sí mismas, formas evidentes de discriminación sexual, ya que sancionan a las niñas por fallas propias de la sociedad y las convierten en las únicas responsables de haberse embarazado.

Estos derechos exigen a los Estados:

- **Garantizar a los adolescentes acceso a la información y a la educación en salud reproductiva.** Los Estados deben ofrecer acceso a información precisa sobre salud sexual y reproductiva y no deben adaptar o malinterpretar intencionalmente los hechos que se relacionan con la prevención del embarazo y las ITS.¹³ La información sobre salud sexual y reproductiva¹⁴ debe ser transmitida en un contexto de respeto y libre de amenazas, en que se guarde la confidencialidad y la autonomía del adolescente que busca información.
- **Garantizar a los adolescentes acceso a servicios de salud reproductiva.** Los Estados deben brindar a los adolescentes acceso a servicios de salud reproductiva integrales y económicamente asequibles. Los Estados deben implementar normas que prohíban que actores públicos o privados impidan el acceso de los adolescentes a estos servicios.
- **Proteger a los adolescentes de la violencia y la discriminación.** Los Estados deben promulgar e implementar leyes que prohíban la violencia física y sexual contra los adolescentes. Estas leyes deben dirigirse también contra las prácticas culturales tradicionales que violan los derechos reproductivos de los adolescentes. Igualmente, se deben promulgar e implementar leyes que prohíban la discriminación en las escuelas contra las adolescentes embarazadas.

1. MEDIDAS PARA ASEGURAR EL ACCESO A INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA

Las leyes y las políticas públicas deben reconocer las realidades de las vidas de los adolescentes. Las estrategias de salud reproductiva que ponen énfasis exclusivamente en la abstinencia y que restringen el acceso a los anticonceptivos están mal diseñadas, particularmente en el caso de los adolescentes que son sexualmente activos o ya están casados. Hay estudios que indican que los programas de educación en sexualidad que abordan sólo la abstinencia tienen como resultado niveles más bajos de uso de anticonceptivos entre los adolescentes cuando inician la actividad sexual.¹⁵ Por otro lado, la educación sexual integral, que ofrece información tanto sobre la abstinencia como sobre la anticoncepción, retrasa el inicio de la actividad sexual, aumenta el uso de anticonceptivos y lleva a tener menos parejas sexuales.¹⁶

Debido a que el acceso de los adolescentes a información varía ampliamente según su condición socioeconómica,¹⁷ los Estados deben tomar medidas para asegurar la amplia disponibilidad de información completa sobre sexualidad y salud reproductiva, tanto en las escuelas como en otros contextos donde se pueda llegar a los adolescentes de bajos ingresos. **Nepal** adoptó estas medidas mediante detallados planes de acción, y **Nigeria** hizo lo mismo a través de un currículo escolar estandarizado.

A. Nepal adopta un plan nacional para asegurar la salud de los adolescentes

En Nepal, la Encuesta de Salud Familiar de 1996 reveló que casi el 25% de las mujeres entre 15–19 años estaban embarazadas o ya tenían un hijo.¹⁸ La tasa de prevalencia del uso de anticonceptivos entre estas mujeres jóvenes se estimó en 6,5%.¹⁹ Como parte de su respuesta a estos hallazgos, Nepal adoptó en 2000 un plan nacional para abordar todos los aspectos de la salud de los adolescentes. El plan presenta los elementos necesarios para la educación sexual de los adolescentes, así como el entrenamiento de los distintos actores que pueden desempeñarse como educadores. El plan es poco común debido a su enfoque integral en la salud de los adolescentes y su enfoque en la provisión de información sobre salud sexual y reproductiva como estrategia clave.

En el año 2000, el gobierno de Nepal elaboró la Estrategia Nacional de Salud y Desarrollo de los Adolescentes, en reconocimiento de la necesidad de un marco bien definido para abordar los problemas de salud y desarrollo específicos de los adolescentes.²⁰ En la estrategia, el gobierno recuerda los compromisos asumidos en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) y otras conferencias internacionales para mejorar la salud reproductiva de las personas de Nepal, incluyendo los adolescentes.²¹

Objetivos para mejorar la salud de los adolescentes

Los objetivos principales de la estrategia incluyen:

- aumentar la disponibilidad y el acceso a la información sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes, y ofrecer oportunidades para la adquisición de habilidades por parte de los adolescentes, los proveedores de servicios y los educadores;
- aumentar el acceso y el uso de servicios de salud y consejería para adolescentes; y
- crear un entorno seguro que apoye a los adolescentes para que puedan mejorar su condición legal, social y económica.²²

La información como medio de empoderamiento

La estrategia reconoce la necesidad de empoderar a los adolescentes mediante información precisa, actualizada y apropiada para su edad, y mediante el desarrollo de habilidades que les permitan practicar conductas seguras y responsables y buscar los servicios apropiados.²³

Paquete de información estándar

Una de las actividades dentro de la estrategia comprende la formulación de un paquete de información estándar sobre salud y desarrollo de los adolescentes que será distribuido a adolescentes, proveedores de servicios, padres, educadores, diseñadores de políticas y a la comunidad en general.²⁴ El paquete incluye información sobre los siguientes temas:

- sexualidad humana, incluida la pubertad, el matrimonio, el proceso reproductivo, las relaciones sexuales y la paternidad responsable;

- anticoncepción, con énfasis en la prevención de los embarazos precoces y no deseados y de las ITS entre todos los adolescentes sexualmente activos, sin discriminación;
- maternidad sin riesgos, incluido el embarazo saludable, el parto seguro, atención pre- y postnatal, y la promoción de la lactancia;
- prevención y manejo del aborto realizado en condiciones de riesgo y de sus complicaciones;
- prevención y manejo de infecciones del tracto reproductivo, de las ITS, incluido el VIH/SIDA, y de otras condiciones de salud reproductiva; y
- promoción de la nutrición, con énfasis en la importancia de requisitos nutricionales específicos durante la infancia y la adolescencia, especialmente en el caso de las niñas.²⁵

B. Nigeria adopta un currículo nacional de educación sobre vida familiar y VIH

En marzo de 2003, el Consejo sobre Investigación y Desarrollo en Educación de Nigeria, con el apoyo del Ministerio de Educación y organizaciones no gubernamentales (ONGs) nacionales, adoptó un currículo nacional para abordar la salud sexual de los adolescentes y la prevención del VIH.²⁶ Si bien la educación sobre la vida familiar en Nigeria en los años 80 había estado centrada en asuntos de población, luego de la CIPD en 1994 el énfasis a nivel nacional cambió hacia la salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar y la salud sexual. El compromiso del gobierno con la educación en salud sexual se intensificó con la revelación de que el VIH/SIDA estaba empezando a atacar a las personas jóvenes de Nigeria a gran escala.²⁷

Objetivos

El Currículo Nacional de Educación sobre Vida Familiar y VIH para los primeros niveles de educación secundaria enfatiza el dar oportunidades a las personas jóvenes para que desarrollen perspectivas “positivas y reales” sobre sí mismos y su objetivo es enseñar a las personas jóvenes a respetarse y valorarse a sí mismos y a los demás. El currículo también enfatiza la enseñanza de la información y las habilidades que las personas jóvenes necesitan para cuidar su salud en general y tomar buenas decisiones acerca de su salud y comportamiento sexual. El currículum prioriza la prevención del VIH, poniendo más énfasis en la abstinencia que en el uso de métodos de barrera para prevenir la transmisión del virus durante las relaciones sexuales.²⁸

El currículo

El currículo está estructurado en torno a cinco temas:

- **desarrollo humano**, centrado en cambios físicos y emocionales que ocurren en la adolescencia;
- **habilidades personales**, aborda valores personales, autoestima, establecimiento de metas, toma de decisiones, comunicación efectiva, asertividad, negociación y buscar ayuda;
- **infección por VIH**, incluye información sobre VIH/SIDA y otras ITS, conductas de riesgo, métodos preventivos, abstinencia, abuso sexual y discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA;
- **relaciones**, aborda la naturaleza de la familia, la amistad, la presión por parte de los pares, el amor, y las conductas amorosas; y
- **sociedad y cultura**, se centra en normas y tabúes culturales, normas sociales, roles de género, prejuicios por género, la ley (incluidas las leyes que protegen a los niños), reglas de las escuelas acerca de las relaciones, la religión, la diversidad, la discriminación, el arte y los medios de comunicación.²⁹

2. MEDIDAS PARA ASEGURAR EL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

El acceso a la atención en salud reproductiva es fundamental para la salud y seguridad de los adolescentes. Los adolescentes están frente a un riesgo cada vez mayor de contraer VIH/SIDA, así como otras ITS. También tienen un riesgo más alto de mortalidad materna. Por ejemplo, las adolescentes tienen mayor probabilidad que las mujeres mayores de presentar complicaciones relacionadas con el embarazo y con abortos realizados en condiciones de riesgo; también tienen mayor probabilidad de presentar complicaciones derivadas del parto, como la fístula obstétrica, lesión en el canal de parto que deja a la mujer con problemas de incontinencia.³⁰ Los efectos sociales y económicos en la vida de una adolescente de llevar a término un embarazo no deseado también pueden ser enormes. Muchas adolescentes embarazadas solteras y madres jóvenes no sólo enfrentan la vergüenza y el aislamiento social, sino que además la mayoría de estas mujeres jóvenes no pueden completar su educación y, por lo tanto, más adelante tienen dificultades para mantenerse a sí mismas y a sus familias.³¹

Para prevenir los embarazos no deseados y la exposición a las ITS, los adolescentes deben tener acceso a atención de salud reproductiva, incluidos servicios de planificación familiar. Tales servicios son más eficaces cuando son confidenciales y adecuados para la edad. A los adolescentes a menudo se les niega el derecho a dar su consentimiento sobre su atención en salud y están obligados a solicitar la autorización de sus padres o tutores antes de acceder a servicios de salud reproductiva. Si bien muchos adolescentes pueden desear que sus padres participen en las decisiones respecto de su sexualidad y atención de salud, para otros adolescentes el requisito de la participación de los padres los hace vulnerables al castigo o al abuso. Para estos adolescentes, las leyes que exigen la participación de los padres pueden efectivamente negarles el acceso a la atención de salud.³²

Muchos Estados, incluidos **Francia** y el **Reino Unido**, han tomado acciones para eliminar las barreras a la atención en salud para los y las adolescentes al reconocer su derecho a ser tratados como adultos cuando buscan atención de salud, y al adoptar medidas legales y de políticas para que la atención en salud reproductiva para adolescentes esté más fácilmente disponible.

A. Francia asegura a los adolescentes el acceso a la anticoncepción de emergencia (AE)

Para prevenir los embarazos no deseados entre las adolescentes, Francia adoptó una legislación y regulación que permite a los farmacéuticos y a las enfermeras de las escuelas entregar AE a menores de 18 años. Durante el año siguiente a la entrada en vigor de esta ley, desde 2001 a 2002, 5.830 estudiantes francesas obtuvieron píldoras de AE de las enfermeras de sus escuelas.³³ El Secretario General de la Asociación de Planificación Familiar en Francia atribuye a la ley que autoriza a las enfermeras de las escuelas a entregar AE la reciente disminución de 20–25% en el número de adolescentes que solicitan servicios de aborto.³⁴

El 9 de enero de 2002, la República de Francia emitió el Decreto N° 2002–39 sobre las condiciones que regulan la entrega de AE a menores.³⁵ Según la legislación previa, promulgada en el año 2000, los menores de 18 años pueden recibir AE en forma gratuita de un/a farmacéutico/a sin receta médica ni aprobación de los padres.³⁶

El rol de los farmacéuticos en la provisión de consejería e información

Los farmacéuticos que entregan AE deben ofrecer consejería acerca de su uso correcto y asegurar la confidencialidad de la menor. Deben entrevistar a las menores para determinar si la AE es apropiada para su situación. La entrevista representa una oportunidad para el farmacéutico de aconsejar y entregar material informativo sobre anticoncepción de uso regular, prevención de ITS y sobre los beneficios de los exámenes médicos de rutina. Finalmente, los farmacéuticos deben entregar a las menores información acerca de los centros de educación en planificación familiar más cercanos.³⁷

El rol de las enfermeras de las escuelas en la distribución de la AE

Adicionalmente, la ley francesa de 2000 autorizó a las enfermeras de las escuelas secundaria y preparatoria a distribuir AE en casos de angustia o urgencia.³⁸ La ley ordena a las enfermeras que entregan AE a las estudiantes acordar con ellas una cita de seguimiento.³⁹

B. El Reino Unido emite pautas sobre atención de salud reproductiva para menores

En respuesta a las inquietudes respecto del embarazo adolescente, el Departamento de Salud Británico adoptó pautas acerca de cómo los proveedores de salud pueden satisfacer mejor las necesidades de los adolescentes que solicitan atención en salud reproductiva y planificación familiar.⁴⁰ Estudios realizados en el Reino Unido revelan que si bien un cuarto de las personas jóvenes menores de 16 años son sexualmente activas, sus tasas de uso de métodos anticonceptivos, incluido el uso de condón, son las más bajas entre todos los grupos etarios.⁴¹ Temores acerca de la falta de confidencialidad a menudo disuaden a los adolescentes de buscar atención en salud reproductiva.⁴² Del mismo modo, existe confusión entre los profesionales de atención en salud respecto de si los adolescentes menores de 16 años pueden recibir servicios de salud reproductiva sin el consentimiento de los padres.⁴³ Las pautas fueron elaboradas para responder estos temores y confusiones.

El 29 de julio de 2004, el Departamento de Salud Británico emitió Pautas sobre Buenas Prácticas para Médicos y Otros Profesionales de Salud sobre la Provisión de Consejería y Tratamiento a Personas Jóvenes Menores de 16 años sobre Anticoncepción y Salud Sexual y Reproductiva.⁴⁴ El documento aborda específicamente las obligaciones de los profesionales de salud en lo que respecta a confidencialidad y atención de pacientes menores de 16 años, y reconoce que las inquietudes acerca de la confidencialidad constituyen el mayor elemento disuasorio para la búsqueda de atención entre los adolescentes de este grupo etario.⁴⁵ Las pautas contienen las siguientes disposiciones clave.

Condiciones para proveer servicios a pacientes menores de 16 años

Las pautas autorizan la provisión de servicios de anticoncepción y salud sexual y reproductiva a pacientes menores de 16 años sin el conocimiento o consentimiento de sus padres, siempre y cuando se cumplan las siguientes condiciones: 1) la persona joven comprende el consejo recibido y sus implicaciones; y 2) la salud mental o física de la persona joven podría verse afectada si no se proporcionara dicho consejo o tratamiento.⁴⁶

Requisito de la política de confidencialidad

Las pautas exigen a los establecimientos de salud que brindan servicios de anticoncepción a las personas jóvenes que elaboren y promuevan abiertamente una política de confidencialidad que garantice de manera explícita a los adolescentes menores de 16 años el mismo derecho a la confidencialidad que tienen los adultos. No obstante, las pautas también permiten excepciones en

casos en que los profesionales de salud piensan que existe un grave riesgo para la salud, la seguridad o el bienestar del paciente. Salvo circunstancias excepcionales, las pautas advierten a los profesionales de salud que deben consultar con la persona joven y ofrecerle apoyo para que revele su situación de manera voluntaria antes de tomar cualquier acción unilateral.⁴⁷

Límites a la negación de proveer servicios

Todo proveedor que no pueda brindar servicios de anticoncepción de manera confidencial debe hacer las gestiones necesarias para que el paciente sea atendido por otro profesional y explicar abiertamente que tales alternativas se encuentran disponibles.⁴⁸

Temas de consejería recomendados

Las pautas también esbozan varias “buenas prácticas” específicas que deben considerar los profesionales de la salud cuando atienden pacientes menores de 16 años. Por ejemplo, al manejar una solicitud de anticoncepción de parte de un paciente joven, los proveedores deben “establecer una buena comunicación” con el paciente y brindar consejería en temas como las consecuencias emocionales y físicas de la actividad sexual, incluidos los riesgos de embarazo y las ITS; la naturaleza del consentimiento en una relación (es decir, presencia de coerción o abuso); y los beneficios de informar al médico general del adolescente o a sus padres o a otra persona encargada de su cuidado.⁴⁹

No se requiere el consentimiento de los padres para realizar un aborto

Cuando una persona joven solicita un aborto y la paciente es capaz de otorgar su consentimiento y no desea involucrar a sus padres, las pautas instan a los proveedores a hacer “todos los esfuerzos” para ayudar a la paciente a encontrar otro adulto que pueda apoyarla.⁵⁰

De acuerdo a la ley sobre abuso sexual, los profesionales de salud no incurren en responsabilidad en el contexto en la provisión de servicios confidenciales de salud sexual

Las pautas también señalan específicamente que la ley de Delitos Sexuales de 2003 no compromete a profesionales de salud ni a otros que proveen servicios confidenciales de anticoncepción y de salud sexual y reproductiva a personas jóvenes menores de 16 años.⁵¹

3. MEDIDAS PARA PROTEGER A LOS ADOLESCENTES DE LA VIOLENCIA Y LA DISCRIMINACIÓN

Los adolescentes son particularmente vulnerables a que se viole su integridad física a través de la violencia sexual y el abuso dentro de la familia, la escuela o en otras instituciones. Las prácticas culturales nocivas, como el matrimonio precoz, a menudo violan el derecho de los adolescentes a tomar decisiones respecto de su sexualidad y su vida reproductiva.⁵² Los gobiernos han tenido que adoptar medidas especiales para abordar las dinámicas sociales, culturales y económicas que en muchos países contribuyen a la vulnerabilidad de las niñas. Proteger el derecho de los adolescentes a la integridad física requiere reconocer que las niñas y las mujeres jóvenes son más vulnerables al abuso que las mujeres adultas. Este reconocimiento ha servido como base para las leyes que prohíben la explotación sexual de menores en **Filipinas** y **Bangladesh**.

Las niñas embarazadas a menudo deben enfrentar la discriminación en el acceso a la educación. De hecho, muchos países tienen leyes que prohíben a las adolescentes embarazadas asistir a la escuela.⁵³

Incluso en países en que las leyes prohíben la exclusión de las niñas embarazadas de las escuelas, la práctica aún prevalece.⁵⁴ El embarazo o la maternidad fueron mencionados como razones para abandonar la escuela por el 33% de las niñas de zonas urbanas en Chile y por el 11% de las niñas de zonas urbanas en Venezuela.⁵⁵ **Panamá** ha aprobado una ley para prevenir la discriminación de las adolescentes embarazadas en las escuelas.

A. Filipinas adopta una ley para prevenir la explotación infantil

Como sucede en otros países del Sudeste Asiático, en las Filipinas los adolescentes y los niños son blanco de explotación sexual y trata de personas. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, se estima que entre 60.000 y 100.000 niños en Filipinas son parte de las redes de prostitución. La prostitución infantil es particularmente frecuente en las zonas donde hay turistas.⁵⁶ Para ayudar a combatir estos abusos, Las Filipinas ha adoptado una ley que define y penaliza diferentes formas de explotación infantil, incluida la prostitución y la trata.

El 19 de diciembre de 2003, Filipinas aprobó la Ley de la República N° 9231,⁵⁷ cuyo objetivo es evitar el trabajo infantil en sus peores formas y proporcionar una mayor protección a los/as niños/as que trabajan. La ley adapta la definición de las peores formas de trabajo infantil establecida en el Convenio 182 de la Organización Internacional del Trabajo, que las Filipinas ratificó en noviembre de 2000.⁵⁸

Formas de explotación que se prohíben

La ley prohíbe lo siguiente:

- todas las formas de esclavitud o prácticas similares a la esclavitud, como la venta o trata de niños/as;
- usar, conseguir, ofrecer o exponer a los/as niños/as a la prostitución, pornografía o a actos pornográficos;
- cualquier trabajo que sea peligroso o que probablemente sea perjudicial para la “salud, seguridad o la moral” de los niños, incluido el trabajo que “expone al niño a abuso físico, emocional o a abuso sexual, o que pueda ser considerado altamente estresante desde el punto de vista psicológico o pueda perjudicar su moral”;⁵⁹ y
- uso de niños/as en publicidad que promueva bebidas alcohólicas, tabaco, juego o cualquier forma de violencia o pornografía.⁶⁰

Formas de protección para los/las niños/las que trabajan

La ley establece la edad mínima para trabajar a los 15 años, salvo algunas excepciones, y determina la cantidad máxima de horas que un niño puede trabajar, con algunas variaciones de acuerdo a la edad del niño. La ley también aborda el uso y la administración apropiados de los ingresos del niño o la niña. Los empleadores de niños y niñas deben asegurarles el acceso a la educación primaria y secundaria, y el Departamento de Educación es responsable de promover la educación de los niños y niñas que trabajan, a través del diseño de cursos y la realización de talleres de capacitación para la implementación de currículos apropiados.⁶¹

Sanciones para los empleadores y los padres

Los empleadores que violan la ley están sujetos a sanciones que incluyen encarcelamiento y el pago de multas. Los padres o tutores legales que violan la ley están sujetos a multas, servicios comunitarios,

o ambos. Las empresas deberán ser cerradas inmediatamente si la violación de la ley tiene como resultado muerte o lesión grave, o si se encuentran involucradas en la prostitución o en actividades obscenas o lascivas.⁶²

B. Bangladesh adopta un plan nacional contra la trata de niños y niñas

Si bien no hay datos exhaustivos disponibles sobre la prevalencia de la trata y la explotación en Bangladesh, algunos estudios indican que éstos son problemas que están aumentando rápidamente y que exigen una mayor atención.⁶³ En una encuesta realizada a niños y niñas, más de la mitad de las personas encuestadas había experimentado alguna forma de abuso sexual; los niños entre 10–14 años habían experimentado abuso con mayor frecuencia.⁶⁴ El Código Penal de Bangladesh prohíbe la explotación sexual y la trata de personas.⁶⁵ En el año 2002, el gobierno emitió un plan nacional para detener la trata, que toma en consideración las causas fundamentales de la explotación infantil y exige la educación y el empoderamiento de los grupos vulnerables, así como un mejoramiento de la infraestructura nacional para prevenir y sancionar la trata.

En febrero de 2002, el gobierno de Bangladesh adoptó el Plan Nacional de Acción contra el Abuso Sexual y la Explotación de Niños y Niñas, incluida la Trata.⁶⁶

Medios de prevención

Los esfuerzos de prevención comprendidos en el plan incluyen la adopción de medidas educacionales con énfasis en la enseñanza de habilidades para la vida y en crear conciencia sobre los derechos humanos. Además, se busca aumentar las alternativas económicas para las familias, iniciar la reforma legal y eliminar el matrimonio infantil.⁶⁷

Mecanismos para proteger a los niños

Para proteger de mejor manera a los niños y niñas, el plan nacional exige medidas como la reactivación del sistema de registro de nacimientos; el mejoramiento de los mecanismos y las estructuras para informar el abuso; y la creación de refugios seguros para víctimas y niños en riesgo. El plan señala que es necesaria la protección especial de los niños y niñas que son afectados por desastres naturales o son refugiados.⁶⁸

Apoyo para las víctimas

El plan también enfatiza la recuperación e integración de las víctimas de abuso sexual y de trata. Con este propósito, exige asegurar el acceso de los niños y niñas a los servicios de apoyo que sean necesarios y crear un entorno receptivo para la reintegración a través de actividades orientadas a familias, líderes comunitarios locales y el público. En general, el plan también cita medidas para abordar los riesgos de ITS, incluido el VIH/SIDA, y el abuso de sustancias a las que se ven enfrentados los niños y niñas que han sido abusados, explotados o víctimas de trata.⁶⁹

Aplicación de sanciones penales

Además, un objetivo clave del Plan Nacional de Acción es aumentar la detención y persecución de los responsables de la trata de niños y niñas. Enfatiza la necesidad de un enfoque coordinado para monitorear y aplicar las leyes, particularmente en lo que respecta a la trata a través de fronteras, y exige una mayor coordinación entre los ministerios de Bangladesh, otros gobiernos, misiones nacionales en los países “receptores”, y ONGs que trabajan en el tema.⁷⁰

C. Panamá garantiza el derecho de las estudiantes embarazadas a permanecer en la escuela

En el año 1998, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer expresó preocupación en sus observaciones finales respecto del incumplimiento por parte de Panamá de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer ya que una gran cantidad de niñas adolescentes estaban abandonando la escuela para trabajar o para casarse.⁷¹ Muchas de estas jóvenes mujeres abandonaron la escuela debido a un embarazo. Panamá presenta una alta tasa de embarazo en adolescentes. Cada año, el 16% de las mujeres entre 15–19 años dan a luz.⁷²

En el año 2002, Panamá aprobó una ley que garantiza a las adolescentes embarazadas la oportunidad y el derecho de permanecer matriculadas en la escuela.⁷³

Se requieren medidas positivas por parte del gobierno

El Ministerio de Educación es responsable de asegurar que las adolescentes embarazadas sigan matriculadas en el sistema educacional y que puedan participar en las actividades educativas y recreativas de su escuela en la medida que su salud lo permita. Se deben tomar las medidas necesarias para asegurar que las adolescentes embarazadas puedan finalizar sus estudios aún cuando existan razones de salud relacionadas con el embarazo o el parto que interfieran con su asistencia regular a la escuela.⁷⁴

Garantía de no-discriminación

Las adolescentes embarazadas deben ser tratadas con dignidad y no ser objeto de discriminación. Con el objetivo de eliminar el estigma que enfrentan las adolescentes embarazadas, el Ministerio es responsable de informar y capacitar al personal y a los estudiantes en aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva.⁷⁵

Servicios de salud que se deben proveer

La legislación también garantiza acceso a la atención prenatal y postparto, y permite que las adolescentes que no puedan costearse estos servicios los reciban en forma gratuita. Los empleados públicos enfrentan sanciones por no informar a las adolescentes embarazadas que para ellas los servicios de salud no tienen costo. La legislación también afirma el derecho de las adolescentes a ser informadas sobre las protecciones legales y los servicios sociales que les benefician.⁷⁶

CONCLUSIÓN

Obtener el reconocimiento en la ley de los derechos reproductivos de los adolescentes es un paso fundamental para promover las acciones del gobierno orientadas a asegurar el acceso de los y las adolescentes a la información y la atención de salud sexual y reproductiva, protegerlos del abuso sexual y de la explotación, y salvaguardar el derecho de las adolescentes embarazadas a asistir a la escuela. Los Estados pueden adoptar estas acciones mediante las leyes nacionales que rigen las obligaciones de los proveedores de atención de salud y de otros actores encargados del cuidado de los adolescentes. A través de políticas y planes del gobierno para la cooperación multisectorial, se puede mejorar la salud y el bienestar de los adolescentes. La movilización de diferentes agencias del gobierno, así como también de actores del sector no-gubernamental es necesaria para abordar las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes en todos los frentes y para asegurar la salud y el bienestar de las mujeres jóvenes y de las niñas en todo el mundo.

Notas

1. ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, *Hacia un Nuevo Mundo*, 1998, p. 32 [en adelante ALAN GUTTMACHER INSTITUTE, *Hacia un Nuevo Mundo*].
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), *Adolescent Realities in a Changing World* [Las realidades de los adolescentes en un mundo que cambia], disponible en <<http://www.unfpa.org/adolescents/about.htm>>, visitada el 28 de febrero, 2008.
3. UNFPA, *Estado de la Población Mundial* 2004, p. 73 (2004), disponible en <<http://www.unfpa.org/swp/2004/espanol/ch1/index.htm>>, visitada el 28 de febrero, 2008.
4. UNFPA, *Estado de la Población Mundial*, 2003, p. 1 (2003), disponible en <<http://www.unfpa.org/swp/2003/espanol/ch1/index.htm>>, visitada el 28 de febrero, 2008.
5. *Ibid.*, p. 39 citando a FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF), *El Progreso de las Naciones*, 1998; CENTRO DE INVESTIGACIONES INNOCENTI, UNICEF, “Matrimonio Prematuros”, *Innocenti Digest* No. 7, 2001, p. 11, disponible en <http://www.unicef-irc.org/cgi-bin/unicef/Lunga.sql?ProductID=291>>, visitada el 28 de febrero, 2008.
6. UNICEF, OMS, UNFPA, *Adolescents: Profiles in Empowerment* [Adolescentes: perfiles de empoderamiento], 2003, p. 2, disponible en <http://www.unfpa.org/adolescents/opportunities/doc/adolescent_profiles_eng.pdf>, visitada el 28 de febrero, 2008.
7. *Ibid.*
8. UNFPA, *Estado de la Población Mundial*, 2005, p. 51, disponible en <<http://www.unfpa.org/swp/2005/espanol/ch1/index.htm>>, visitada el 28 de febrero, 2008.
9. ADVOCATES FOR YOUTH, *Youth and the Global HIV/AIDS Pandemic* [Los jóvenes y la pandemia del VIH/SIDA], January, 2003, disponible en <<http://www.advocatesforyouth.org/publications/factsheet/fsglobalhiv.pdf>>, visitada el 28 de febrero, 2008.
10. *Ibid.*
11. HUMAN RIGHTS WATCH, *U.S.: Protect the Right to Information about HIV Prevention* [EE.UU.: Proteger el derecho a la información sobre prevención de VIH] (carta de Rebecca Schleiffer al Secretario Michael O. Leavitt, Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, 6 de abril de 2005), disponible en <<http://hrw.org/english/docs/2005/04/06/usdom10432.htm>>, visitada el 28 de febrero, 2008.
12. Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada el 20 de nov., 1989, G.A. Res. 44/25, anexo, U.N. GAOR, 44ª Sesión, Sup. N° 49, p. 166, arts. 5, 12(1), U.N. Doc. A/44/49 (1989), reimpreso en 28 I.L.M. 1448 (entrada en vigor el 2 de sept., 1990).
13. HUMAN RIGHTS WATCH, *supra* nota 11.
14. INTERNATIONAL SEXUAL AND REPRODUCTIVE RIGHTS COALITION FACTSHEET, *La educación y los servicios de salud sexual y reproductiva para los adolescentes*. La información sobre salud sexual incluye “información sobre la anatomía y fisiología, la pubertad, el embarazo y las ITS, incluido el VIH/SIDA”. También aborda “las relaciones y emociones implicadas en la experiencia sexual” y “toca el tema de la sexualidad como una parte natural, íntegra y positiva de la vida... [que] abarca todos los aspectos de la transformación en una persona sexual, con género”. El objetivo de la información en salud sexual es “ayudar a los jóvenes a desarrollar el conocimiento, la autonomía y las habilidades – tales como la comunicación, la toma de decisiones y la negociación – para hacer la transición a la edad adulta gozando de buena salud sexual” y “promover la igualdad de género, la autoestima y el respeto por los derechos de los demás”.
15. GUTTMACHER INSTITUTE, *Facts in Brief: Sexuality Education: Sex and Pregnancy Among Teenagers* [Educación en sexualidad: Sexo y embarazo en adolescentes], julio, 2002, disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/fb_sex_ed02.html#top>, visitada el 28 de febrero, 2008.
16. GUTTMACHER INSTITUTE, *Sex Education: Needs, Programs and Policies* [Educación sexual: Necesidades, programas y políticas], 2005, p. 36, disponible en <http://www.guttmacher.org/presentations/sex_ed.pdf>, visitada el 28 de febrero, 2008.
17. MANJU RANI Y ELIZABETH LULE, “Exploring the Socioeconomic Dimension of Adolescent Reproductive Health: A Multicountry Analysis”, [Explorando la dimensión socioeconómica de la salud reproductiva de los adolescentes: un análisis multi-país] *Int'l Family Planning Perspectives* 30(3), 2004, p. 110, 113.
18. DIVISIÓN DE SALUD DE LA FAMILIA, DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD, MINISTERIO DE SALUD, GOBIERNO DE NEPAL, “National Adolescent Health and Development Strategy”, [Estrategia nacional sobre salud y desarrollo adolescente], 2000, sec. 1.2 p. 1.
19. *Ibid.*
20. *Ver ibid.* Prefacio, p. iii.
21. *Ibid.*
22. *Ibid.*, sec. 2.2 p. 3.
23. *Ibid.*, sec. 3.1 p. 4.
24. *Ibid.*
25. *Ibid.* Anexo I, p. 15.
26. CONSEJO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DE LA EDUCACIÓN DE NIGERIA, “National Family Life and HIV Education Curriculum for Junior Secondary School in Nigeria” [Currículo nacional sobre educación en vida familiar y VIH para los primeros niveles de educación secundaria], 2003, disponible en <<http://www.actionhealthinc.org/publications/downloads/jnrcurriculum.pdf>>, visitada el 28 de febrero, 2008.
27. *Ibid.*, p. i (prefacio) (2003).
28. *Ibid.*, p. iii, 25.
29. *Ibid.*, p. 1-47.
30. DEPARTAMENTO DE SALUD Y DESARROLLO DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE, OMS, “Adolescent Pregnancy: Issues in Adolescent Health and Development” [Embarazo

- adolescente: Aspectos de la salud y el desarrollo de los adolescentes], 2004, p. 37, *disponible en* <http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/ADH/ISBN_92_4_159145_5.pdf>, visitada el 28 de febrero, 2008.
31. CYNTHIA INDRISO & AXEL I. MUNDIGO, Introducción en *Abortion in the Developing World* [Aborto en los países en desarrollo], Cynthia Indriso & Axel I. Mundigo eds., 1999, pp. 23, 47; *Ver también* WORLD HEALTH ORGANIZATION, *Sexual Relations Among Young People in Developing Countries: Evidence from WHO case Studies* [Las relaciones sexuales entre jóvenes de países en desarrollo: evidencia de estudios de casos de la OMS], WHO/RHR/01.08, 2001, p. 23.
 32. CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, *State of Denial: Adolescent Reproductive Rights in Zimbabwe* [Estado de negación: Derechos reproductivos de los adolescentes en Zimbabwe], 2002, p. 51.
 33. CÉCILE CALLA, "Au lycée, le Norlévo est entré dans les mœurs", *Le Figaro*, Dec. 20, 2002. "Près de six mille jeunes filles ont obtenu la pilule du lendemain auprès de leur infirmière scolaire en 2001–2002." [Aproximadamente seis mil jóvenes han obtenido la píldora del día después a través de la enfermera escolar en 2001-2002].
 34. *Ibid.*
 35. Décret simple 2002-39 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence [Decreto sobre la provisión de anticoncepción de emergencia a menores de edad], 9 de enero, 2002, J.O. N° 8, 10 de ene., 2002, p. 590 (Fr.).
 36. Loi No. 2000–1209 relative à la contraception d'urgence [Ley sobre anticoncepción de emergencia], 13 de dic., 2000, art. 1, J.O. N° 289, 14 de dic., 2000, p. 19830 (Fr.), *disponible en* <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000755450&dateTexte=20080228&fastPos=1&fastReqId=1668128737&oldAction=rechTexte>>, visitada el 28 de febrero, 2008.
 37. Décret simple 2002, *supra* nota 35, art.1.
 38. Loi No. 2000–1209, *supra* nota 36, art. 2.
 39. *Ibid.*
 40. UNITED KINGDOM, DEP'T OF HEALTH, *Best Practice Guidance for Doctors and Other Health Professionals on the Provision of Advice and Treatment to Young People under 16 on Contraception, Sexual and Reproductive Health* [Pautas sobre mejores prácticas para médicos y otro personal de salud sobre la provisión de consejería y tratamiento a jóvenes menores de 16 años en lo que respecta a anticoncepción y salud sexual y reproductiva], 2004. [en adelante *Best Practice Guidance*] *disponible en* <http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4086960>, visitada el 28 de febrero, 2008.
 41. *Ibid.* (Resumen).
 42. *Ibid.*
 43. *Ibid.* (Puntos clave).
 44. UNITED KINGDOM, DEP'T OF HEALTH, *Comunicado de prensa: Publication of Revised Guidance for Health Professionals on the Provision of Contraceptive Services for Under 16s* [Publicación de las pautas para profesionales de salud sobre la provisión de servicios de anticoncepción a personas menores de 16 años; revisadas], 20 de julio, 2004.
 45. *Best Practice Guidance (Resumen)*, *supra* nota 40.
 46. *Ibid.* (Obligación de prestar atención).
 47. *Ibid.* (Confidencialidad).
 48. *Ibid.* (Obligación de prestar atención).
 49. *Ibid.* (Buenas prácticas en la provisión de anticoncepción y salud sexual a las personas jóvenes menores de 16 años).
 50. *Ibid.*
 51. *Ibid.* (Ley sobre delitos sexuales 2003).
 52. Ver OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE DERECHOS HUMANOS, *Harmful Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children* [Prácticas tradicionales nocivas que afectan la salud de las mujeres y los niños] Factsheet No. 23, *disponible en* <<http://www.unhchr.ch/html/menu6/2/fs23.htm>>, visitada el 28 de febrero, 2008.
 53. DEPARTAMENTO DE SALUD REPRODUCTIVA E INVESTIGACIONES CONEXAS. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *Communicating Family Planning in Reproductive Health* [Comunicar la planificación familiar en la salud reproductiva], FHR/FPP/97.33, 1997, capítulo 7.
 54. HUMAN RIGHTS WATCH, *Scared at School: Sexual Violence Against Girls in South African Schools* [Terror en la escuela: Violencia sexual contra niñas en las escuelas de Sudáfrica], 2001, capítulo IV-*Consequences of Gender Violence for Girls' Education and Health* [Consecuencias de la violencia de género para la educación y la salud de las niñas], *disponible en* <http://www.hrw.org/reports/2001/safrica/ZA-FINAL-03.htm#P447_48127>, visitada el 28 de febrero, 2008.
 55. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN Y LA CULTURA (UNESCO), *Global Report 2003/2004* [Informe mundial 2003/2004], capítulo 2, *disponible en* <http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=24147&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html>, visitada el 28 de febrero, 2008.
 56. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF), *Factsheet: Child Trafficking in the Philippines* [Tráfico de niños en Filipinas], *disponible en* <http://www.unicef.org/media/files/ipulocaltrafficking.doc>>, visitada el 28 de febrero, 2008.
 57. Ley de la República N° 9231, 12th Congreso de las Filipinas, 3^a Sesión, 28 de julio, 2003, (Fil.).
 58. *Ibid.*, sec. 3.
 59. *Ibid.*
 60. *Ibid.*, sec. 5.
 61. *Ibid.*, secs. 3, 4.
 62. *Ibid.*, sec. 6.
 63. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF), *Bangladesh, Summary of Report: Background Paper on Good Practices and Priorities to Combat Sexual Abuse and Exploitation of Children in Bangladesh* [Resumen del informe: antecedentes sobre buenas prácticas y prioridades para combatir el abuso sexual y la explotación de niños en Bangladesh], 2002, p. 12.
 64. RUTH FINNEY HAYWARD, UNICEF, *Breaking the Earthenware Jar*, 2000, p. 85.
 65. Ver Bangl. Pen.Code, secs. 366, 366A, 372–373, 366B.

66. MINISTERIO DE ASUNTOS DE LA MUJER Y LOS NIÑOS, GOBIERNO DE LA REPÚBLICA POPULAR DE BANGLADESH, *Plan Nacional de Acción Contra el Abuso Sexual y la Explotación de Niños, incluida la Trata*, 2002, p. 10.
67. *Ibid.*, pp.13-17.
68. *Ibid.*, pp. 19-23.
69. *Ibid.*, pp. 25-26.
70. *Ibid.*, pp. 28-29.
71. COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER, *Observaciones Finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer: Panamá* sec. 199, 19ª Sesión 19, párs. 175-205, U.N.Doc. A/53/38/Rev.1, 1998.
72. CANADIAN INTERNATIONAL DEVELOPMENT AGENCY (CIDA), *Industrial Cooperation Program –Gender Profile: Panama* [Programa de cooperación industrial-perfil de género: Panamá], septiembre, 2002, sec. 4.2.
73. Ley N° 29 Que Garantiza La Salud y La Educación de la Adolescente Embarazada, 13 de junio, 2002, Gaceta Oficial de Panamá, N° 24,575, 17 de junio, 2002, *disponible en* <http://www.reproductiverights.org/pdf/GG_Panama2002.pdf>, visitada el 28 de febrero, 2008.
74. *Ibid.*, art. 6.
75. *Ibid.*, art. 7.
76. *Ibid.*, art. 4.

APÉNDICE A

Tabla de leyes y políticas citadas

Por paísp. 121

Por capítulo.....p. 126

POR PAÍS

Argentina

- o Resolución de Salud Pública 348/2003

Bangladesh

- o *Ministry of Health and Family Welfare* [Ministerio de Salud y Bienestar Familiar], *Conceptual Framework for Health, Nutrition and Population Sector Programme* [Marco Conceptual para el Programa de los Sectores de Salud, Nutrición y Población] (HNPS), julio 2003–junio 2006, 2002
- o *Ministry of Women and Children Affairs* [Ministerio de Asuntos de la Mujer y los Niños y Niñas], *National Plan of Action against the Sexual Abuse and Exploitation of Children including Trafficking* [Plan Nacional de Acción contra el Abuso Sexual y la Explotación de Niños y Niñas, incluida la Trata], 2002

Benin

- o *Loi No. 2003-03 portant répression de la pratique des mutilations génitales féminines en République du Bénin* [Ley No. 2003-03 que Prohíbe la Práctica de la Mutilación Genital Femenina en la República de Benin], 21 de enero, 2003

Bolivia

- o Decreto del Código de Familia, 23 de agosto, 1972, elevado a categoría de ley el 4 de abril, 1988
- o Ley del Seguro Universal Materno-Infantil, noviembre, 2002

Brasil

- o *Lei No. 9.313, Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS* [Ley No. 9.313 sobre libre distribución de medicamentos a las personas que viven con VIH/SIDA], 13 de noviembre, 1996

Canadá

- o *Regulations Amending the Food and Drug Regulations* [Regulación que Reforma la Regulación sobre Alimentos y Fármacos](1272-Levonorgestrel), 2005

Colombia

- o Código Penal, Ley No. 599 de 2000

Costa Rica

- o Decreto No. 27913-S, Reglamento sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales, 1999

Ecuador

- o Constitución Política de la República de Ecuador, 1998

El Salvador

- o Ley Contra la Violencia Intrafamiliar, Decreto Legislativo No. 902, 28 de noviembre, 1996, reformado por el Decreto Legislativo No. 403, 12 de agosto, 2004

Eslovaquia

- o Act (Ley) No. 576/2004 Coll., *on healthcare, healthcare-related services and on the amendment and supplementing of certain laws* [Sobre la atención de salud, servicios relacionados con atención de salud y sobre la reforma y complementación de ciertas leyes], 22 de septiembre, 2004

España

- o Ley 13/2005 por la que se modifica el Código Civil en materia del derecho a *contraer matrimonio*, 1ero de julio, 2005

Etiopía

- o Constitución, 1994
- o *Ministry of Health* [Ministerio de Salud], *Technical and Procedural Guidelines for Safe Abortion Services* [Pautas Técnicas y de Procedimientos para Servicios de Aborto Seguro], 2006

Filipinas

- o *Republic Act* [Ley de la República] No. 8504, *The Philippines AIDS Prevention and Control Act of 1998* [Ley de Filipinas sobre la Prevención y el Control del SIDA, 1998]
- o *Republic Act* [Ley de la República] No. 9208, *The Anti-Trafficking in Persons Act of 2003* [Ley contra la Trata de Personas de 2003], 26 de mayo de 2003
- o *Republic Act* [Ley de la República] No. 9231, 28 de julio, 2003

Francia

- o *Loi No. 2000-1209 relative à la contraception d'urgence* [Ley sobre Anticoncepción de Emergencia], 13 de diciembre, 2000
- o *Loi No. 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception* [Ley N° 2001-588 del 4 de julio de 2001 sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo y la Anticoncepción]
- o *Décret simple 2002-39 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence* [Decreto sobre la Provisión de Anticoncepción de Emergencia a Menores de Edad], 9 de enero, 2002

Ghana

- o *Criminal Code (Amendment) Act* [Ley que reforma el Código Penal], 1994

Guatemala

- o Decreto No. 80-98, 19 de noviembre, 1998
- o Decreto No. 87-2005, Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, abril, 2006

Guinea

- o *Décret No. D/96/205/PRG/SGG portant Code de déontologie médicale* [Decreto No. D/96/205/PRG/SGG que promulga el Código de Deontología Médica], 5 de diciembre, 1996

India

- o *Department of Family Welfare* [Departamento de Bienestar Familiar], *Ministry of Health and Family Welfare* [Ministerio de Salud y Bienestar Familiar], *National Population Policy* [Política Nacional de Población], 2000
- o *National AIDS Control Organization* [Organización Nacional para el Control del SIDA], *Ministry of Health and Family Welfare* [Ministerio de Salud y Bienestar Familiar], *National AIDS Prevention and Control Policy* [Política Nacional para la Prevención y el Control del SIDA], 2002

Italia

- o Decreto Legislativo, No. 286/98, Art. 18, *Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero* [Texto único de las disposiciones relativas a la inmigración y normas sobre la condición de los extranjeros], 25 de julio, 1998

Kenya

- o *Division of Reproductive Health* [División de Salud Reproductiva], *Ministry of Health* [Ministerio de Salud], *National Guidelines: Medical Management of Rape/Sexual Violence* [Pautas Nacionales para el Manejo Médico de la Violación y la Violencia Sexual], 2004

Mali

- o *Ordinance No. 02-053 portant création du Programme national de lutte contre la pratique de l'excision* [Ordenanza No. 02-053 que Crea un Programa Nacional para Combatir la Práctica de la Mutilación Genital Femenina], 4 de junio, 2002
- o *Loi No. 02-044 du 24 Juin 2002 relative à la santé de la reproduction* [Ley N° 02-044 del 24 de junio, 2002, sobre Salud Reproductiva]

Marruecos

- o *Moudawana* [Código de Familia], 2004

México

- o Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Código Penal para el Distrito Federal y del Código de Procedimientos Penales del Distrito Federal, 24 de agosto, 2000
- o Circular/GDF-SSDF/02/02: Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud Relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal, 23 de abril, 2002
- o Resolución por la cual se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2 1993, De los Servicios de Planificación Familiar, 21 de enero, 2004
- o Decreto que reforma los artículos 145 y 148 del nuevo Código Penal para el Distrito Federal y se adicionan los artículos 16 bis 6 y 16 bis 7 a la Ley de Salud para el Distrito Federal, 27 de enero, 2004

Namibia

- o *Namibian HIV/AIDS Charter of Rights* [Carta de Derechos de Namibia sobre el VIH/SIDA], 2000

Nepal

- o *Family Health Division* [División de Salud de la Familia], *Department of Health Services* [Departamento de Servicios de Salud], *Ministry of Health* [Ministerio de Salud], *National Adolescent Health and Development Strategy* [Estrategia Nacional sobre Salud y Desarrollo Adolescente], 2000
- o *Muluki Ain* [Código Civil], 2002

Nigeria

- o *Nigerian Educational Research and Development Council* [Consejo de Investigación y Desarrollo de la Educación de Nigeria], *National Family Life and HIV Education Curriculum for Junior Secondary School in Nigeria* [Currículo Nacional sobre Educación en Vida Familiar y VIH para los Primeros Niveles de Educación Secundaria], 2003

Panamá

- o Ley No. 29 que Garantiza la Salud y la Educación de la Adolescente Embarazada, 13 de junio, 2002

Reino Unido

- o *Children Act* [Ley de la Infancia], 1989
- o *Department of Health* [Departamento de Salud], *Best Practice Guidance for Doctors and Other Health Professionals on the Provision of Advice and Treatment to Young People under 16 on Contraception, Sexual and Reproductive Health* [Pautas sobre Mejores Prácticas para Médicos

y Otro Personal de Salud sobre la Provisión de Consejería y Tratamiento a Jóvenes Menores de 16 años en lo que Respecta a Anticoncepción y Salud Sexual y Reproductiva], 2004

- o *Working Together to Safeguard Children: A Guide to Inter-Agency Working to Safeguard and Promote the Welfare of Children* [Trabajando Juntos para Proteger a los Niños: Guía para la Colaboración Entre-Agencias para Proteger y Promover el Bienestar de los Niños], 2006

Sri Lanka

- o *Prohibition of Ragging and Other Forms of Violence in Educational Institutions Act, No. 20 of 1998* [Ley que prohíbe el *Ragging* y otras Formas de Violencia en Instituciones Educativas, No. 20 de 1998]

Sudáfrica

- o Constitución, 1996
- o No. 92 of 1996: *Choice on Termination of Pregnancy Act* [Ley sobre la interrupción voluntaria del embarazo], No. 1891, 22 de noviembre, 1996
- o *Ministry of Welfare* [Ministerio de Bienestar], *Population Policy for South Africa* [Política de Población para Sudáfrica], 1998
- o *Amendment to the General Regulations for the South African National Defense Force* [Reforma a las Regulaciones Generales de La Fuerza Sudafricana de Defensa Nacional], *Government Notice (GN)* [Aviso del Gobierno] R 631, 31 de mayo, 2004

Togo

- o *Loi No. 98-016 portant interdiction des mutilations génitales féminines au Togo* [Ley No. 98-016 que Prohíbe la Mutilación Genital Femenina en Togo], 17 de noviembre, 1998

Túnez

- o *Loi No. 2004-73 modifiant et complétant le Code pénal concernant la répression des atteintes aux bonnes mœurs et du harcèlement sexuel* [Ley No. 2004-73 que Modifica y Completa el Código Penal para Prohibir los Abusos a las Buenas Costumbres y el Acoso Sexual], 2 de agosto, 2004

Turquía

- o Código Civil, 2001

Uganda

- o Constitución, 1995

Vietnam

- o *Ministry of Health* [Ministerio de Salud], *National Standards and Guidelines for Reproductive Health Care Services* [Estándares y Pautas Nacionales para los Servicios de Atención de Salud Reproductiva], 2004

POR CAPÍTULO

Capítulo II – Embarazo y parto sin riesgos

Argentina

- o Resolución de Salud Pública 348/2003

Bangladesh

- o *Ministry of Health and Family Welfare* [Ministerio de Salud y Bienestar Familiar], *Conceptual Framework for Health, Nutrition and Population Sector Programme* [Marco conceptual para el programa de los sectores de salud, nutrición y población] (HNPSP), julio 2003–junio 2006, 2002

Bolivia

- o Ley del Seguro Universal Materno-Infantil, noviembre, 2002

Mali

- o *Loi No. 02-044 du 24 juin 2002 relative à la santé de la reproduction* [Ley N° 02-044 del 24 de junio, 2002, sobre Salud Reproductiva]

Capítulo III – Anticoncepción

Canadá

- o *Regulations Amending the Food and Drug Regulations* [Regulaciones que enmiendan las regulaciones sobre alimentos y drogas](1272-Levonorgestrel), 2005

Costa Rica

- o Decreto No. 27913-S, Reglamento sobre Salud y Derechos Reproductivos y Sexuales, 1999

Eslovaquia

- o *Act* [Ley] No. 576/2004 Coll., *on healthcare, healthcare-related services and on the amendment and supplementing of certain laws* [Sobre la atención de salud, servicios relacionados con atención de salud y sobre la reforma y complementación de ciertas leyes], 22 de septiembre, 2004

Guatemala

- o Decreto No. 87-2005, Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su integración en el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, abril, 2006

Kenya

- o *Division of Reproductive Health* [División de Salud Reproductiva], *Ministry of Health*

[Ministerio de Salud], *National Guidelines: Medical Management of Rape/Sexual Violence* [Pautas Nacionales para el Manejo Médico de la Violación y la Violencia Sexual], 2004

México

- o Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2 1993, De los Servicios de Planificación Familiar, 21 de enero, 2004

Capítulo IV – Aborto

Etiopía

- o *Ministry of Health* [Ministerio de Salud], *Technical and Procedural Guidelines for Safe Abortion Services* [Pautas Técnicas y de Procedimientos para Servicios de Aborto Seguro], 2006

Francia

- o *Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception* [Ley N° 2001-588 del 4 de julio de 2001 sobre la Interrupción Voluntaria del Embarazo y la Anticoncepción]

México

- o Decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones del Código Penal para el Distrito Federal y del Código de Procedimientos Penales del Distrito Federal, 24 de agosto, 2000
- o Circular/GDF-SSDF/02/02: Lineamientos Generales de Organización y Operación de los Servicios de Salud Relacionados con la Interrupción del Embarazo en el Distrito Federal, 23 de abril, 2002
- o Decreto que reforma los artículos 145 y 148 del nuevo Código Penal para el Distrito Federal y se adicionan los artículos 16 bis 6 y 16 bis 7 a la Ley de Salud para el Distrito Federal, 27 de enero, 2004

Nepal

- o *Muluki Ain* [Código Civil], 2002

Sudáfrica

- o Constitución, 1996
- o No. 92 of 1996: *Choice on Termination of Pregnancy Act* [Ley sobre la interrupción voluntaria del embarazo], No. 1891, 22 de noviembre, 1996

Vietnam

- o *Ministry of Health* [Ministerio de Salud], *National Standards and Guidelines for Reproductive Health Care Services* [Estándares y Pautas Nacionales para los Servicios de Atención de Salud Reproductiva], 2004

Capítulo V – Prácticas nocivas

Benin

- o *Loi No. 2003-03 portant répression de la pratique des mutilations génitales féminines en République du Bénin* [Ley No. 2003-03 que Prohíbe la Práctica de la Mutilación Genital Femenina en Benin], 21 de enero, 2003

Etiopía

- o Constitución, 1994

Ghana

- o *Criminal Code (Amendment) Act* [Ley que reforma el Código Penal], 1994

Guinea

- o *Décret No. D/96/205/PRG/SGG portant Code de déontologie médicale* [Decreto No. D/96/205/PRG/SGG que promulga el Código de Deontología Médica], 5 de diciembre, 1996

Mali

- o *Ordinance No. 02-053 portant création du Programme national de lutte contre la pratique de l'excision* [Ordenanza No. 02-053 que Crea un Programa Nacional para Combatir la Práctica de la Mutilación Genital Femenina], 4 de junio, 2002

Reino Unido

- o *Children Act* [Ley de la Infancia], 1989
- o *Working Together to Safeguard Children: A Guide to Inter-Agency Working to Safeguard and Promote the Welfare of Children* [Trabajando Juntos para Proteger a los Niños: Guía para la Colaboración Inter-Agencias para Proteger y Promover el Bienestar de los Niños], 2006

Togo

- o *Loi No. 98-016 portant interdiction des mutilations génitales féminines au Togo* [Ley que Prohíbe la Mutilación Genital Femenina en Togo], 17 de noviembre, 1998

Uganda

- o Constitución, 1995

Capítulo VI – VIH/SIDA

Brasil

- o *Lei No. 9.313, Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS* [Ley No. 9.313 sobre la distribución gratuita de medicamentos a las personas que viven con VIH/SIDA], 13 de noviembre, 1996

Filipinas

- o *Republic Act* [Ley de la República] No. 8504, *The Philippines AIDS Prevention and Control Act of 1998* [Ley de Filipinas sobre la Prevención y el Control del SIDA, 1998]

India

- o *National AIDS Control Organization* [Organización Nacional para el Control del SIDA], *Ministry of Health and Family Welfare* [Ministerio de Salud y Bienestar Familiar], *National AIDS Prevention and Control Policy* [Política Nacional para la Prevención y el Control del SIDA], 2002

Namibia

- o *Namibian HIV/AIDS Charter of Rights* [Carta de Derechos de Namibia sobre el VIH/SIDA], 2000

Capítulo VII – Derechos de matrimonio

Bolivia

- o Decreto del Código de la Familia, 23 de agosto, 1972, elevado a la condición de Ley del 4 de abril de 1988

España

- o Ley 13/2005 por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio, 1^{ero} de julio, 2005

Guatemala

- o Decreto No. 80-98, 19 de noviembre, 1998

Marruecos

- o *Moudawana* [Código de Familia], 2004

Sudáfrica

- o *Amendment to the General Regulations for the South African National Defense Force* [Reforma a las Regulaciones Generales de La Fuerza Sudafricana de Defensa Nacional], *Government Notice (GN)* [Aviso del Gobierno] R 631, 31 de mayo, 2004

Turquía

- o Código Civil, 2001

Capítulo VIII – Violencia contra las mujeres

Colombia

- o Código Penal, Ley No. 599 de 2000

El Salvador

- o Ley Contra la Violencia Intrafamiliar, Decreto Legislativo No. 902, 28 de noviembre, 1996, reformado por el Decreto Legislativo No. 403, 12 de agosto, 2004

Filipinas

- o *Republic Act* [Ley de la República] No. 9208, *The Anti-Trafficking in Persons Act of 2003* [Ley contra la Trata de Personas de 2003], 26 de mayo de 2003

Italia

- o *Decreto Legislativo, No. 286/98, Art. 18, Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell-immigrazione e norme sulla condizione dello straniero* [Texto único de las disposiciones relativas a la inmigración y normas sobre la condición de los extranjeros], 25 de julio, 1998

Sri Lanka

- o *Prohibition of Ragging and Other Forms of Violence in Educational Institutions Act, No. 20 of 1998* [Ley que prohíbe el *Ragging* y otras Formas de Violencia en Instituciones Educativas, No. 20 de 1998]

Túnez

- o *Loi No. 2004-73 modifiant et complétant le Code pénal concernant la répression des atteintes aux bonnes mœurs et du harcèlement sexuel* [Ley No. 2004-73 que Modifica y Completa el Código Penal para Prohibir los Abusos a la Moralidad y el Acoso Sexual], 2 de agosto, 2004

Capítulo IX – Políticas de población

Ecuador

- o Constitución Política de la República de Ecuador, 1998

India

- o *Department of Family Welfare* [Departamento de Bienestar Familiar], *Ministry of Health and Family Welfare* [Ministerio de Salud y Bienestar Familiar], *National Population Policy* [Política Nacional de Población], 2000

Sudáfrica

- o *Ministry of Welfare* [Ministerio de Bienestar], *Population Policy for South Africa* [Política de Población para Sudáfrica], 1998

Capítulo X – Derechos reproductivos de los adolescentes

Bangladesh

- o *Ministry of Women and Children Affairs* [Ministerio de Asuntos de la Mujer y los Niños y Niñas], *National Plan of Action against the Sexual Abuse and Exploitation of Children including Trafficking* [Plan Nacional de Acción contra el Abuso Sexual y la Explotación de Niños y Niñas, incluida la Trata], 2002

Filipinas

- o *Republic Act* [Ley de la República] No. 9231, 28 de julio, 2003

Francia

- o *Décret simple 2002-39 relatif à la délivrance aux mineures des médicaments ayant pour but la contraception d'urgence* [Decreto 2002-39 sobre la Provisión de Anticoncepción de Emergencia a Menores de Edad], 9 de enero, 2002
- o *Loi No. 2000-1209 relative à la contraception d'urgence* [Ley No. 2000-1209 sobre la Anticoncepción de Emergencia], 13 de diciembre, 2000

Nepal

- o *Family Health Division* [División de Salud de la Familia], *Department of Health Services* [Departamento de Servicios de Salud], *Ministry of Health* [Ministerio de Salud], *National Adolescent Health and Development Strategy* [Estrategia Nacional sobre Salud y Desarrollo Adolescente], 2000

Nigeria

- o *Nigerian Educational Research and Development Council* [Consejo de Investigación y Desarrollo de la Educación de Nigeria], *National Family Life and HIV Education Curriculum for Junior Secondary School in Nigeria* [Currículo Nacional sobre Educación en Vida Familiar y VIH para los Primeros Niveles de Educación Secundaria], 2003

Panamá

- o Ley No. 29 que Garantiza la Salud y la Educación de la Adolescente Embarazada, 13 de junio, 2002

Reino Unido

- o *Department of Health* [Departamento de Salud], *Best Practice Guidance for Doctors and Other Health Professionals on the Provision of Advice and Treatment to Young People under 16 on Contraception, Sexual and Reproductive Health* [Pautas sobre Mejores Prácticas para Médicos y Otro Personal de Salud sobre la Provisión de Consejería y Tratamiento a Jóvenes Menores de 16 años en lo que respecta a Anticoncepción y Salud Sexual y Reproductiva], 2004

APÉNDICE B

Texto de instrumentos internacionales de derechos humanos

DERECHO A LA VIDA

Tratados internacionales y regionales

Declaración Universal de Derechos Humanos (Declaración Universal)

Artículo 3

Todo individuo tiene derecho a la vida...¹

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Pacto de Derechos Civiles y Políticos)

Artículo 6

El derecho a la vida es inherente a la persona humana.²

Convención sobre los Derechos del Niño

Artículo 6

Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida.³

Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul)

Artículo 4

Todo ser humano tendrá derecho al respeto de su vida...⁴

Protocolo a la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de la Mujer en África (Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África)

Artículo 4(1)

Toda mujer tiene derecho a que se respete su vida y la integridad y seguridad de su persona. Todas las formas de explotación, castigo o tratamiento cruel, inhumano o degradante deben estar prohibidas.⁵

Convención Americana sobre Derechos Humanos (Convención Americana)

Artículo 4

Toda persona tiene derecho a que se respete su vida.⁶

Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (Convención Europea)

Artículo 2

El derecho de toda persona a la vida está protegido por la Ley.⁷

Documentos de consenso internacional

Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Programa de Acción de la CIPD)

Principio 1

Toda persona tiene derecho a la vida...⁸

DERECHO A LA SEGURIDAD PERSONAL

Tratados internacionales y regionales

Declaración Universal

Artículo 3

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal.⁹

Pacto de Derechos Civiles y Políticos

Artículo 9(1)

Todo individuo tiene derecho a la libertad y a la seguridad personal.¹⁰

Convención sobre los Derechos del Niño

Artículo 19

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.¹¹

Carta de Banjul

Artículo 4

Los seres humanos son inviolables. Todo ser humano tendrá derecho al respeto de su vida y de la integridad personal. Nadie puede ser privado de este derecho arbitrariamente.¹²

Artículo 6

Todo individuo tendrá derecho a la libertad y a la seguridad personal. Nadie puede ser privado de su libertad más que por razones y condiciones previamente establecidas por la ley.¹³

Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África

Artículo 4(1)

Toda mujer tiene derecho a que se respete su vida y la integridad y seguridad de su persona. Todas las formas de explotación, castigo o tratamiento cruel, inhumano o degradante deben estar prohibidas.¹⁴

Convención Americana

Artículo 7(1)

Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad personal.¹⁵

Convención Europea

Artículo 5(1)

Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad.¹⁶

Documentos de consenso internacional

Programa de Acción de la CIPD

Principio 1

Toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal.¹⁷

DERECHO A LA SALUD

Tratados internacionales y regionales

Declaración Universal

Artículo 25(1)

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar....¹⁸

Artículo 25(2)

La maternidad... [tiene] derecho a cuidados y asistencia especiales.¹⁹

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales)

Artículo 10(2)

Se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto.²⁰

Artículo 12

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.²¹

Artículo 15(1)(b)

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones.²²

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)

Artículo 12(1)

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres

y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.²³

Artículo 12(2)

Los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.²⁴

Convención sobre los Derechos del Niño

Artículo 24(1)

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud...²⁵

Artículo 24(2)(d)

Los Estados Partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular, adoptarán las medidas apropiadas para: (d) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres.²⁶

Artículo 24(2)(f)

Los Estados Partes... adoptarán las medidas apropiadas para: Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.²⁷

Artículo 24(3)

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.²⁸

Carta de Banjul

Artículo 16(1)

Todo individuo tendrá derecho a disfrutar del mejor estado físico y mental posible.²⁹

Artículo 16(2)

Los Estados firmantes de la presente Carta tomarán las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciben asistencia médica cuando están enfermos.³⁰

Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África

Artículo 14(2)

Los Estados Partes deben tomar las medidas apropiadas para:

- a) proveer servicios de salud adecuados, asequibles y accesibles, incluidos programas de información educación y comunicación a las mujeres, especialmente a aquellas que viven en áreas rurales;
- b) establecer y reforzar los servicios existentes de atención prenatal, de parto y postnatal y los servicios de nutrición para las mujeres durante el embarazo y la lactancia; c) proteger los derechos reproductivos de las mujeres, autorizando el aborto médico en casos de abuso sexual, violación, incesto y cuando la continuación del embarazo ponga en riesgo la salud mental y física de la madre, su vida o la vida del feto.³¹

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

Artículo 10(1)

Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.³²

Artículo 10(2)

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

(a) La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad; (b) La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado; (c) La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; (d) La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole; (e) La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y (f) La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.³³

Documentos de consenso internacional

Programa de Acción de la CIPD

Párrafo 7.2

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.³⁴

Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (Plataforma de Acción de Beijing)

Párrafo 94

[Hombres y mujeres tienen derecho a acceder a] servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos...³⁵

Párrafo 106(c)

[Los gobiernos deben] suprimir todos los obstáculos que impiden el acceso de la mujer a los servicios de salud y ofrecer toda una serie de servicios de asistencia sanitaria...³⁶

Párrafo 106(e)

[Los gobiernos deben] [p]roponer servicios de atención primaria de salud más accesibles, económicos y de calidad que incluyan la atención de la salud sexual y reproductiva, que comprende servicios de planificación de la familia y la información al respecto, y concedan especial importancia a los servicios de maternidad y de obstetricia de urgencia...³⁷

Párrafo 106(i)

[Los gobiernos deben] reducir las enfermedades y la morbilidad derivada de la maternidad y alcanzar a nivel mundial el objetivo convenido de reducir la mortalidad derivada de la maternidad como mínimo en un 50% de los valores de 1990 para el año 2000 y en otro 50% para el año 2015....³⁸

DERECHO A ESTAR LIBRE DE DISCRIMINACIÓN

Tratados internacionales y regionales

Pacto de Derechos Civiles y Políticos

Artículo 2(1)

Cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole....³⁹

Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Artículo 2(2)

Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, [o] idioma....⁴⁰

CEDAW

Artículo 1

... la expresión “discriminación contra la mujer” denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera.⁴¹

Convención sobre los Derechos del Niño

Artículo 2(1)

Los Estados Partes respetarán los derechos enunciados en la presente Convención y asegurarán su aplicación a cada niño sujeto a su jurisdicción, sin distinción alguna....⁴²

Carta de Banjul

Artículo 18(3)

El Estado se hará responsable de la eliminación de toda discriminación de la mujer y de la protección de los derechos de la mujer y del niño tal como se estipulan en las declaraciones y convenios internacionales.⁴³

Artículo 28

Todo individuo tendrá el deber de respetar y considerar a sus semejantes sin discriminación....⁴⁴

Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África

Artículo 2(1)

Los Estados Partes deben combatir todas las formas de discriminación contra la mujer mediante las medidas legislativas, institucionales y otras que sean apropiadas. En este aspecto deben:

- a) incluir en la constitución nacional y en otros instrumentos legislativos, si es que aún no lo han hecho, el principio de igualdad entre mujeres y hombres y asegurar que éste sea aplicado de manera efectiva; b) promulgar e implementar de manera eficaz medidas legislativas y normativas apropiadas, incluidas aquellas que prohíben y frenan todas las formas de discriminación, especialmente las prácticas nocivas que ponen en riesgo la salud y el bienestar general de las mujeres;
- c) integrar una perspectiva de género a las decisiones relacionadas con las políticas, la legislación, el desarrollo de planes, programas y actividades y en todos los ámbitos de la vida;
- d) emprender acciones correctivas y positivas en aquellas áreas en que la discriminación contra la mujer sigue existiendo, tanto en la ley como en la vida diaria;
- e) apoyar iniciativas locales, nacionales, regionales y continentales orientadas a erradicar todas las formas de discriminación contra la mujer.⁴⁵

Convención Americana

Artículo 1(1)

Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, [o] sexo...⁴⁶

Convención Europea

Artículo 14

El goce de los derechos y libertades reconocidos en el presente Convenio ha de ser asegurado sin distinción alguna, especialmente por razones de sexo [o] raza...⁴⁷

Documentos de consenso internacional

Programa de Acción de la CIPD

Principio 1

Toda persona tiene los derechos y las libertades proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos, sin distinción alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, [o] religión...⁴⁸

DERECHO A LA AUTODETERMINACIÓN REPRODUCTIVA

Tratados internacionales y regionales

CEDAW

Artículo 10(h)

Los Estados Partes deben... asegurar... el [a]ceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia.⁴⁹

Artículo 16(1)(e)

Los Estados Partes deben... asegurar, en base a la igualdad de hombres y mujeres: Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.⁵⁰

Carta de Banjul

Artículo 4

Los seres humanos son inviolables. Todo ser humano tendrá derecho al respeto... de la integridad de su persona.⁵¹

Artículo 6

Todo individuo tendrá derecho a la libertad y a la seguridad de su persona.⁵²

Artículo 9(1)

Todo individuo tendrá derecho a recibir información.⁵³

Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África

Artículo 14(1)

Los Estados Partes deben garantizar que el derecho a la salud de la mujer, incluida la salud sexual y reproductiva, sea respetado y fomentado. Esto incluye:

- a) el derecho a controlar su fecundidad;
- b) el derecho a decidir si desea tener hijos, la cantidad de hijos y el espaciamiento entre éstos;
- c) el derecho a escoger cualquier método anticonceptivo;
- d) el derecho a protegerse y ser protegida de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA;
- e) el derecho a conocer su estado de salud y el estado de salud de la pareja, particularmente si ésta ha contraído alguna infección de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, de acuerdo con los estándares y las mejores prácticas reconocidos internacionalmente;
- f) el derecho a recibir educación en planificación familiar.⁵⁴

Documentos de consenso internacional

Programa de Acción de la CIPD

Párrafo 7.3

Los derechos [reproductivos] se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello[La definición de derechos reproductivos] también incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.⁵⁵

Párrafo 7.12

El propósito de los programas de planificación de la familia debe ser permitir a las parejas y las personas decidir de manera libre y responsable el número y el espaciamiento de sus hijos y obtener la información y los medios necesarios para hacerlo, asegurándose de que ejerzan sus opciones con conocimiento de causa y tengan a su disposición una gama completa de métodos seguros y eficaces.⁵⁶

DERECHO A LA INFORMACIÓN Y A LA EDUCACIÓN

Tratados internacionales y regionales

Declaración Universal

Artículo 19

Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.⁵⁷

Artículo 26

- 1) Toda persona tiene derecho a la educación.
- 2) La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales.⁵⁸

Pacto de Derechos Civiles y Políticos

Artículo 19(2)

Toda persona tiene derecho a la libertad de expresión; este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o en forma impresa o artística, o por cualquier otro procedimiento de su elección.⁵⁹

Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Artículo 13(1)

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la educación. Convienen en que la educación debe orientarse hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad, y debe fortalecer el respeto por los derechos humanos y las libertades fundamentales. Convienen asimismo en que la educación debe capacitar a todas las personas para participar efectivamente en una sociedad libre, favorecer la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y entre todos los grupos raciales, étnicos o religiosos, y promover las actividades de las Naciones Unidas en pro del mantenimiento de la paz.⁶⁰

Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial

Artículo 5

En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados Partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en

todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: ... (e)(v) El derecho a la educación...⁶¹

CEDAW

Artículo 10

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres: ...

(c) La eliminación de todo concepto estereotipado de los papeles masculino y femenino en todos los niveles y en todas las formas de enseñanza, mediante el estímulo de la educación mixta y de otros tipos de educación que contribuyan a lograr este objetivo y, en particular, mediante la modificación de los libros y programas escolares y la adaptación de los métodos de enseñanza...

(h) Acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.⁶²

Convención sobre los Derechos del Niño

Artículo 28(1)

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño a la educación.⁶³

Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África

Artículo 12

1. Los Estados Partes deben tomar las medidas apropiadas para:

(a) eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer y garantizarles las mismas oportunidades y acceso al ámbito de la educación y la capacitación...

(c) proteger a las mujeres, especialmente a las niñas, de todas las formas de abuso, incluido el abuso sexual en las escuelas y en otras instituciones educacionales, y determinar sanciones para los perpetradores de estas prácticas...

(e) integrar la sensibilización en temas de género y la educación sobre derechos humanos en todos los niveles del currículo de estudios, incluida la capacitación de profesores.⁶⁴

Protocolo de San Salvador

Artículo 13(1)

Toda persona tiene derecho a la educación.⁶⁵

Artículo 10(2)

Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho: ... La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud...⁶⁶

Documentos de consenso internacional

Plataforma de Acción de Beijing

Párrafo 71

En muchas regiones persiste la discriminación en el acceso de las niñas a la educación debido a actitudes arraigadas, a embarazos y matrimonios a edad temprana, a lo inadecuado que resulta el material didáctico y educacional y al sesgo de género que éste muestra, al acoso sexual y a la falta de instalaciones de enseñanza apropiadas y accesibles en el sentido físico y en otros sentidos. Las niñas comienzan a realizar tareas domésticas pesadas a edad muy temprana. Se espera que las niñas y las mujeres asuman a la vez responsabilidades respecto de su educación y responsabilidades domésticas, lo que a menudo conduce a un rendimiento escolar insatisfactorio y a la deserción escolar temprana, con consecuencias duraderas en todos los aspectos de la vida de la mujer.⁶⁷

Párrafo 72

La creación de un entorno educacional y social en el que se trate en pie de igualdad a las mujeres y los hombres y a las niñas y los niños, en el que se los aliente a alcanzar su pleno potencial, respetando su libertad de pensamiento, conciencia, religión y creencias, y en el que los recursos educacionales promuevan imágenes no estereotipadas de las mujeres y de los hombres contribuiría eficazmente a eliminar las causas de la discriminación contra las mujeres y las desigualdades entre las mujeres y los hombres.⁶⁸

Párrafo 74

En buena medida sigue habiendo un sesgo de género en los programas de estudio y el material didáctico y rara vez se atiende a las necesidades especiales de las niñas y las mujeres. Esto refuerza las funciones tradicionales de la mujer y del hombre, y priva a éstas últimas de la oportunidad de participar en la sociedad plenamente y en condiciones de igualdad. La falta de sensibilidad de los educadores de todos los niveles respecto a las diferencias de género aumenta las desigualdades entre la mujer y el hombre al reforzar las tendencias discriminatorias y socavar la autoestima de las niñas. La falta de educación sexual y sobre la salud reproductiva tiene profundas repercusiones en la mujer y el hombre.⁶⁹

DERECHO A DISFRUTAR LOS BENEFICIOS DEL PROGRESO CIENTÍFICO

Tratados internacionales y regionales

Declaración Universal

Artículo 27(1)

Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.⁷⁰

Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Artículo 15(1)

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a: ...(b) Gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones.⁷¹

Protocolo de San Salvador

Artículo 14(1)

Los Estados Partes en el presente Protocolo reconocen el derecho de toda persona a: ... Gozar de los beneficios del progreso científico y tecnológico....⁷²

DERECHOS DE MATRIMONIO

Tratados internacionales y regionales

Declaración Universal

Artículo 16(2)

Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse matrimonio.⁷³

Pacto de Derechos Civiles y Políticos

Artículo 23

(2) Se reconoce el derecho del hombre y la mujer a contraer matrimonio y a fundar una familia si tienen edad para ello. (3) El matrimonio no podrá celebrarse sin el libre y pleno consentimiento de los contrayentes.⁷⁴

CEDAW

Artículo 16

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres:

- a) El mismo derecho para contraer matrimonio;
- b) El mismo derecho para elegir libremente cónyuge y contraer matrimonio sólo por su libre albedrío y su pleno consentimiento;
- c) Los mismos derechos y responsabilidades durante el matrimonio y con ocasión de su disolución;
- d) Los mismos derechos y responsabilidades como progenitores, cualquiera que sea su estado civil, en materias relacionadas con sus hijos; en todos los casos, los intereses de los hijos serán la consideración primordial;
- e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos;
- f) Los mismos derechos y responsabilidades respecto de la tutela, curatela, custodia y adopción de los hijos, o instituciones análogas cuando quiera que estos conceptos existan en la legislación nacional; en todos los casos, los intereses de los hijos serán la consideración primordial;
- g) Los mismos derechos personales como marido y mujer, entre ellos el derecho a elegir apellido, profesión y ocupación;
- h) Los mismos derechos a cada uno de los cónyuges en materia de propiedad, compras, gestión, administración, goce y disposición de los bienes, tanto a título gratuito como oneroso.

2. No tendrán ningún efecto jurídico los esponsales y el matrimonio de niños y se adoptarán todas las medidas necesarias, incluso de carácter legislativo, para fijar una edad mínima para la celebración del matrimonio y hacer obligatoria la inscripción del matrimonio en un registro oficial.⁷⁵

Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África

Artículo 6

Los Estados Partes deben asegurar que hombres y mujeres disfruten los mismos derechos y que sean considerados como iguales dentro del matrimonio. Deben promulgar medidas legislativas nacionales apropiadas que garanticen que:

- a) no se llevará a cabo un matrimonio sin el consentimiento libre y pleno de ambas partes;
- b) la edad mínima para contraer matrimonio para las mujeres debe ser de 18 años;
- c) se promueve la monogamia como la forma de matrimonio preferida, y se protegen y promueven los derechos de las mujeres dentro del matrimonio y la familia, incluidas las relaciones maritales polígamas;
- d) todo matrimonio debe ser registrado por escrito e inscrito de acuerdo a las leyes nacionales, con el fin de que sea reconocido legalmente;
- e) marido y mujer deben, de común acuerdo, escoger el régimen matrimonial y el lugar de residencia;
- f) una mujer casada tiene derecho a conservar su nombre de soltera, para usarlo como lo desee, junto con o separado del apellido de su esposo;
- g) una mujer tiene el derecho a conservar su nacionalidad o a adquirir la nacionalidad de su esposo;
- h) una mujer y un hombre tendrán los mismos derechos respecto de la nacionalidad de sus hijos, excepto en cuando esto sea contrario a una disposición de una legislación nacional o contrario a los intereses de seguridad nacionales;
- i) una mujer y un hombre deben contribuir conjuntamente a salvaguardar los intereses de la familia, a proteger y educar a sus hijos;
- j) durante su matrimonio, una mujer debe tener derecho a adquirir sus propios bienes y a administrarlos y manejarlos libremente.⁷⁶

Artículo 7

Los Estados Partes deben promulgar legislaciones apropiadas para garantizar que mujeres y hombres disfruten los mismos derechos en caso de separación, divorcio o anulación del matrimonio. En este aspecto deben garantizar que:

- a) la separación, divorcio o anulación de un matrimonio sea efectuada mediante orden judicial;
- b) mujeres y hombres deben tener los mismos derechos a pedir la separación, el divorcio o la anulación del matrimonio;
- c) en caso de separación, divorcio o anulación del matrimonio, la mujer y el hombre deben tener derechos y responsabilidades recíprocas para con sus hijos. En todo caso, los intereses de los niños serán considerados de suprema importancia;
- d) en caso de separación, divorcio o anulación del matrimonio, la mujer y el hombre deben tener derecho a percibir una parte equitativa del patrimonio conjunto derivado del matrimonio.⁷⁷

Notas

1. Declaración Universal de Derechos Humanos, adoptada el 10 de dic., 1948, G.A. Res. 217A (III), p. 71, art. 3, Doc. de la ONU A/810 (1948) [en adelante Declaración Universal].
2. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, G.A. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, 21ª Sesión, Sup. N° 16, p. 52, art. 6, Doc. de la ONU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (entrada en vigor el 23 de marzo, 1976) [en adelante Pacto de Derechos Civiles y Políticos].
3. Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada el 20 de noviembre, 1989, G.A. Res. 44/25, U.N. GAOR, 44ª Sesión, Sup. No. 49, p. 166, art. 6, Doc. de la ONU A/44/49 (1989) (entrada en vigor el 2 de sept., 1990).
4. Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos, adoptada el 26 de junio, 1981, Doc. de la UA CAB/LEG/67/3/Rev.5, 21 I.L.M. 58, art. 4 (1982) (entrada en vigor el 21 de octubre, 1986) [en adelante Carta de Banjul].
5. Protocolo a la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de la Mujer en África, adoptado el 11 de julio, 2003, Doc. de la UA CAB/LEG/66.6, art. 4(1) (entrada en vigor el 25 de nov. 25, 2005) [Traducción no oficial] [en adelante Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África].
6. Convención Americana sobre Derechos Humanos, firmada el 22 de nov., 1969, O.A.S. Treaty Ser. No. 36, OEA/Ser.L./V/II.23.doc. 21, rev. 6, art. 4 (1978) (entrada en vigor el 18 de julio, 1978) [en adelante Convención Americana].
7. Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, firmada el 4 de nov., 1950, art. 2, 213 U.N.T.S. 222 (entrada en vigor el 3 de sept., 1953) [en adelante Convención Europea].
8. Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, 5-13 de septiembre, 1994, princ. 1, Doc. de la ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995) [en adelante Programa de Acción de la CIPD].
9. Declaración Universal, *supra* nota 1, art. 3.
10. Pacto de Derechos Civiles y Políticos, *supra* nota 2, art. 9(1).
11. Convención sobre los Derechos del Niño, *supra* nota 3, art. 19.
12. Carta de Banjul, *supra* nota 4, art. 4.
13. *Ibid.*, art. 6.
14. Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África, *supra* nota 5, art. 4(1) [Traducción no oficial]
15. Convención Americana, *supra* nota 6, art. 7(1).
16. Convención Europea, *supra* nota 7, art. 5(1).
17. Programa de Acción de la CIPD, *supra* nota 8, princ. 1.
18. Declaración Universal, *supra* nota 1, art. 25(1).
19. *Ibid.*, art. 25(2).
20. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, G.A. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, Sup. No. 16, p. 49, art. 10(2), Doc. de la ONU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 3 (entrada en vigor el 3 de enero, 1976) [en adelante Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales].
21. *Ibid.*, art. 12.
22. *Ibid.*, art. 15(1)(b).
23. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada el 18 de diciembre, 1979, G.A. Res. 34/180, U.N. GAOR, 34ª Ses., Sup. No. 46, p. 193, art. 12(1), Doc. de la ONU A/34/46 (1979) (entrada en vigor el 3 de sept, 1981) [en adelante CEDAW].
24. *Ibid.*, art. 12(2).
25. Convención sobre los Derechos del Niño, *supra* nota 3, art. 24(1).
26. *Ibid.*, art. 24(2)(d).
27. *Ibid.*, art. 24(2)(f).
28. *Ibid.*, art. 24(3).
29. Carta de Banjul, *supra* nota 4, art. 16(1).
30. *Ibid.*, art. 16(2).
31. Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África, *supra* nota 5, art. 14(2) [Traducción no oficial].
32. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”, adoptado el 17 de noviembre, 1988, art. 10(1), O.A.S.T.S. No. 69, O.A.S. Off. Rec. OEA/Ser.L.V/II.82 doc.6 rev.1 (1992) (entrada en vigor el 16 de nov., 1999) [en adelante Protocolo de San Salvador].
33. *Ibid.*, art. 10(2).
34. Programa de Acción de la CIPD, *supra* nota 8, p. 7.2.
35. Declaración y Plataforma de Acción de Beijing, Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, 4-15 de sept., 1995, p. 94, Doc. de la ONU A/CONF.177/20 (1995) [en adelante Plataforma de Acción de Beijing].
36. *Ibid.*, p. 106(c).
37. *Ibid.*, p. 106(e).
38. *Ibid.*, p. 106(i).
39. Pacto de Derechos Civiles y Políticos, *supra* nota 2, art. 2(1).
40. Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *supra* nota 20, art. 2(2).
41. CEDAW, *supra* nota 23, art. 1.
42. Convención sobre los Derechos del Niño, *supra* nota 3, art. 2(1).
43. Carta de Banjul, *supra* nota 4, art. 18(3).
44. *Ibid.*, art. 28.
45. Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África, *supra* nota 5, art. 2(1) [Traducción no oficial].
46. Convención Americana, *supra* nota 6, art. 1(1).
47. Convención Europea, *supra* nota 7, art. 14.
48. Programa de Acción de la CIPD, *supra* nota 8, princ. 1.
49. CEDAW, *supra* nota 23, art. 10(h).
50. *Ibid.*, art. 16(1).
51. Carta de Banjul, *supra* nota 4, art. 4.
52. *Ibid.*, art. 6.
53. *Ibid.*, art. 9(1).
54. Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África, *supra* nota 5, art. 14(1) [Traducción no oficial].

55. *Programa de Acción de la CIPD*, *supra* nota 8, pág. 7.3.
56. *Ibid.*, pág. 7.12.
57. Declaración Universal, *supra* nota 1, art. 19.
58. *Ibid.*, art. 26.
59. Pacto de Derechos Civiles y Políticos, *supra* nota 2, art. 19(2).
60. Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *supra* nota 20, art. 13(1).
61. Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, 660 U.N.T.S. 195, art. 5 (*entrada en vigor* el 4 de enero, 1969).
62. CEDAW, *supra* nota 23, art. 10.
63. Convención sobre los Derechos del Niño, *supra* nota 3, art. 28(1).
64. Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África, *supra* nota 5, art. 12 [Traducción no oficial].
65. Protocolo de San Salvador, *supra* nota 32, art. 13(1).
66. *Ibid.*, art. 10(2).
67. *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*, *supra* nota 35, pág. 71.
68. *Ibid.*, pág. 72.
69. *Ibid.*, pág. 74.
70. Declaración Universal, *supra* nota 1, art. 27(1).
71. Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *supra* nota 20, art. 15(1)(b).
72. Protocolo de San Salvador, *supra* nota 32, art. 14(1)(b).
73. Declaración Universal, *supra* nota 1, art. 16(2).
74. Pacto de Derechos Civiles y Políticos, *supra* nota 2, art. 23.
75. CEDAW, *supra* nota 23, art. 16.
76. Protocolo sobre los Derechos de la Mujer en África, *supra* nota 5, art. 6 [Traducción no oficial].
77. *Ibid.*, art. 7

www.reproductiverights.org

CENTER
FOR
REPRODUCTIVE
RIGHTS