

Índice

Reconocimientos.....	5
Cuadro de abreviaturas.....	6
Introducción.....	7
I. Hacia adelante.....	7
II. Historia de los derechos reproductivos en el ámbito internacional.....	10
III. El papel de las leyes y las políticas en el progreso de los derechos reproductivos.....	12
Capítulo 1 — Población, salud reproductiva y políticas de planificación familiar.....	13
I. Introducción.....	13
II. Vínculo entre población y salud y derechos reproductivos.....	13
III. Características y alcance de las leyes y políticas de población, salud reproductiva y planificación familiar.....	15
IV. Desarrollos desde 1995.....	17
V. Recomendaciones.....	18
Capítulo 2 — Anticoncepción.....	19
I. Introducción.....	19
II. El derecho a planear el embarazo.....	19
III. Acceso a la anticoncepción.....	20
IV. Regulación de la anticoncepción.....	21
V. Violaciones que indican coerción.....	22
VI. Desarrollos desde 1995.....	23
VII. Recomendaciones.....	24
Capítulo 3 — Aborto.....	27
I. Introducción.....	27
II. Aborto y derechos humanos.....	27
III. Panorama de las leyes de aborto en el mundo.....	29
IV. Desarrollos desde 1995.....	31
V. Recomendaciones.....	33
Capítulo 4 — VIH/SIDA y otras ITS.....	35
I. Introducción.....	35
II. Derechos de las mujeres y VIH/SIDA.....	36
III. Acciones de los Estados para abordar el problema del VIH/SIDA.....	37
IV. Desarrollos desde 1995.....	38
V. Recomendaciones.....	39

Capítulo 5 — Prácticas tradicionales nocivas que afectan a los derechos reproductivos: circuncisión femenina/mutilación genital femenina (CF/MGF)..	41
I. Introducción.....	41
II. La CF/MGF dentro del marco de los derechos humanos.....	42
III. El estatuto legal de la CF/MGF.....	43
IV. Desarrollos desde 1995.....	44
V. Recomendaciones.....	46
Capítulo 6 — Violación y otras formas de violencia sexual.....	49
I. Introducción.....	49
II. Derecho de las mujeres a vivir libres de violencia sexual.....	49
III. Leyes, políticas y prácticas que perpetúan una cultura de violencia sexual contra las mujeres.....	51
IV. Desarrollos desde 1995.....	52
V. Recomendaciones.....	54
Capítulo 7 — Matrimonio y derecho de familia.....	55
I. Introducción.....	56
II. El matrimonio y el derecho de familia según el derecho internacional de los derechos humanos.....	56
III. Violaciones de los derechos de las mujeres en el seno del matrimonio y de la familia.....	56
IV. Desarrollos desde 1995.....	59
V. Recomendaciones.....	61
Capítulo 8 — Adolescentes.....	63
I. Introducción.....	63
II. Derechos reproductivos de los y las adolescentes.....	64
III. Vulnerabilidad de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes.....	65
III. Derechos de los y las adolescentes en las leyes y las políticas.....	66
V. Recomendaciones.....	71
Conclusiones.....	73
Notas.....	76

Reconocimientos

La investigación y redacción de este informe la hizo Viviana Waisman, una abogada asesora del Programa Internacional del Centro Legal de Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP). La redacción y edición adicional y la finalización del informe estuvieron a cargo de dos miembros del Programa Internacional del CRLP: Laura Katzive, abogada, y Katherine Hall Martínez, subdirectora. El CRLP agradece la ayuda voluntaria de abogados y abogadas y demás personal del despacho de Cleary, Gottlieb, Steen & Hamilton y Davis Polk & Wardwell en Nueva York. Colaboraron en la investigación y la redacción Allyson W. Haynes (capítulo 5), Kierith A. Jones (capítulo 4) y Lisa M. Schweitzer (capítulo 7), todas ellas personal de Cleary, Gottlieb, Steen & Hamilton, y Davis Polk & Wardwell (capítulo 1). Cara Fineman y Meena G. Mariwalla, dos estudiantes que hacían su pasantía en el Programa Internacional del CRLP, llevaron a cabo investigación y prestaron otro tipo de ayuda para la realización de este informe. Por último, Diane Pagen, asistente del Programa Internacional, brindó su valiosa colaboración a lo largo del proceso de producción.

La información contenida en *Derechos reproductivos 2000: Hacia adelante* está extraída principalmente de publicaciones producidas por el CRLP de 1995 a 2000. Estas publicaciones consisten en varios informes pertenecientes a una colección titulada *Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas* y que hasta ahora ha cubierto cuatro regiones del mundo: África anglófona (1997), América Latina y el Caribe (1997), África francófona (1999) y Europa oriental y central (2000, próxima aparición). La información y el análisis provienen también de *Derechos reproductivos: un mandato global*, producido por el CRLP en 1997, y una recopilación de textos pensada para la revisión de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo cinco años después que tuvo lugar en 1999. Gran parte de la información sobre las leyes de aborto en el capítulo 3 ya había aparecido en "Una revisión global de las leyes sobre aborto inducido, 1985-1997", de Anika Rahman y Laura Katzive del CRLP y Stanley Henshaw del Alan Guttmacher Institute (AGI), publicado en el número de junio de 1998 de *International Family Planning Perspectives* del AGI. Por último, la información en el capítulo 5 sobre prácticas tradicionales nocivas, incluida la circuncisión femenina o mutilación genital femenina, se extrajo principalmente de *Female Genital Mutilation: a Review of Laws and Policies Worldwide*, recopilado por Anika Rahman del CRLP y Nahid Toubia de Research, Action and Information Network for the Bodily Integrity of Women (RAINB?), publicado por Zed Books (Reino Unido) en 2000. En la preparación de esta publicación nos basamos en una serie de materiales adicionales, tanto del CRLP como de otras fuentes, que están citados en las notas finales.

La versión en español de este informe fue revisada por Luisa Cabal y Mónica Roa, con la colaboración de Corinne Nakamoto y Katya Jiménez.

Cuadro de abreviaturas

AE	Anticoncepción de Emergencia
Carta Constitucional de Banjul	Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos
CDN	Comité sobre los Derechos del Niño
CEDAW	Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CF/MGF	Circuncisión Femenina/Mutilación Genital Femenina
CIPD	Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo, 1994
Conferencia de Beijing	Cuarta Conferencia Mundial de la ONU sobre la Mujer, 1995
Convención Americana	Convención Americana de Derechos Humanos
Convención del Niño	Convención sobre los Derechos del Niño
Convención de la Mujer	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer
Convención Europea	Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales
CRLP	Centro Legal de Derechos Reproductivos y Políticas Públicas
Declaración Universal	Declaración Universal de Derechos Humanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
Pacto de Derechos Civiles y Políticos	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
Plataforma de Acción de Beijing	Declaración y Plataforma de Acción de Beijing
Programa de Acción de la CIPD	Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
Relatora Especial sobre Violencia	Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la Violencia Contra las Mujeres
Tratado de Roma	Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Introducción

“[L]os derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Esos 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 el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. 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”.

Plataforma de Acción de Beijing, para. 95.1

I. Hacia adelante

En 1995, delegados gubernamentales pertenecientes a 189 países se reunieron en Beijing en la Cuarta Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer (Conferencia de Beijing) para discutir el estatus de las mujeres en el mundo y aprobar un programa de acción para el futuro. Cinco años después de esta reunión histórica, la comunidad internacional se ha reunido de nuevo para evaluar los avances realizados y los problemas que habrá que enfrentar. Este proceso de revisión quedaría incompleto sin un examen minucioso de la condición de los derechos reproductivos² de las mujeres en el año 2000. Solamente allí donde las mujeres disponen de la atención reproductiva que necesitan y de autonomía en la toma de decisiones reproductivas, pueden participar plenamente en todas las esferas de la sociedad.

Impulsada por la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, la primera conferencia mundial que asumió una visión amplia de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, la Conferencia de Beijing confirmó el carácter crucial de los derechos reproductivos para el progreso del estatus de las mujeres. En los cinco últimos años se ha expandido la acción gubernamental para mejorar la salud reproductiva de las mujeres y promover sus derechos. Pero queda mucho por hacer para garantizar el pleno disfrute por las mujeres de sus derechos sexuales y reproductivos. Ya en el nuevo milenio, hemos de aprovechar la oportunidad para pensar cómo esos progresos recientes se pueden reproducir en todas partes para esculpir un futuro en el que los derechos reproductivos se reconozcan en todo el mundo como derechos humanos básicos.

En esta publicación tenemos la intención de brindar un panorama de la condición de los derechos reproductivos de las mujeres. Aunque no tratamos de abarcarlo todo, contemplamos ocho áreas críticas que tienen un impacto en esos derechos, concentrándonos en los avances legales y de las políticas desde 1995. Examinamos también algunos de los obstáculos al pleno disfrute por las mujeres de sus derechos reproductivos. Examinamos leyes y políticas en las siguientes áreas:

- población, salud reproductiva y planificación familiar;
- anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia;
- aborto;
- VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual;
- prácticas tradicionales nocivas que afectan la salud reproductiva, incluida la circuncisión femenina/mutilación genital femenina (CF/MGF);

- violación y otras formas de violencia sexual;
- matrimonio y derecho de familia; y
- derechos reproductivos de los y las adolescentes.

Pero antes de abordar estos temas, es importante contemplar más ampliamente los derechos reproductivos y cómo han sido definidos en los documentos legales y otros instrumentos significativos. En esta introducción analizaremos brevemente qué se quiere decir con “derechos reproductivos” y describiremos la historia de su reconocimiento cada vez mayor dentro de la comunidad internacional. Abordaremos también cómo se pueden emplear las leyes y políticas para el progreso de los derechos reproductivos así como las limitaciones de las formas de acción gubernamental.

A. ¿Qué son los derechos reproductivos?

Los derechos reproductivos están arraigados en los principios más básicos de los derechos humanos y los intereses que protegen son diversos. No obstante, en términos generales, los derechos reproductivos abarcan dos principios: el derecho a la atención a la salud reproductiva y el derecho a la autodeterminación reproductiva.

1. El derecho a la atención a la salud reproductiva

La salud reproductiva es un aspecto fundamental del bienestar de las mujeres. Sin un acceso regular a servicios seguros y de alta calidad, las mujeres se vuelven vulnerables a un sinnúmero de complicaciones de la salud que pueden llegar incluso a la muerte o consecuencias nocivas en el parto, a un embarazo no deseado y a infecciones transmisibles sexualmente (ITS). El derecho a la atención de la salud reproductiva es, por lo tanto, origen del deber gubernamental de garantizar el funcionamiento de servicios de salud reproductiva y de eliminar las barreras legales existentes a la atención a la salud reproductiva. La atención a la salud reproductiva en términos amplios debería incluir medidas para promover la maternidad sin riesgos, la atención a las personas con VIH/SIDA y otras ITS, aborto, tratamientos de la infertilidad y toda una gama de anticoncepción de calidad (incluida la anticoncepción de emergencia).

El derecho a la atención a la salud reproductiva está basado en las disposiciones previstas en los instrumentos internacionales de derechos humanos que protegen la vida y la salud. El derecho a la vida está protegido en la mayoría de los instrumentos principales de derechos humanos, como la Declaración Universal de Derechos Humanos (Declaración Universal) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (Pacto de Derechos Civiles y Políticos).³ El derecho a la vida se ha interpretado tradicionalmente como la protección a los individuos de la ejecución arbitraria por el Estado. Más recientemente, el Comité de Derechos Humanos, organismo que supervisa el cumplimiento del Pacto de Derechos Civiles y Políticos, ha interpretado este derecho para exigir a los Estados la aprobación de “medidas positivas” dirigidas a la preservación de la vida, como por ejemplo dar pasos para “diminuir la mortalidad infantil y aumentar la esperanza de vida [...]”.⁴

El derecho a la salud está reconocido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pacto de Derechos Económicos y Sociales), que exige a los Estados reconocer “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.⁵ La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud como “un estado de total bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de males o enfermedades”.⁶

Haciéndose eco de la definición de salud de la OMS, el Programa de Acción de la CIPD define la “salud reproductiva” como un bienestar total “en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”.⁷ Aunque el derecho a la salud no garantiza una salud perfecta para todas las personas, sí abarca una obligación gubernamental de garantizar la atención a la salud. El Pacto de Derechos Económicos y Sociales exige a los estados crear las “condiciones que aseguren toda asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.⁸

La obligación de suministrar servicios de salud reproductiva en particular se basa en principios de no discriminación. Los estados están obligados a garantizar los derechos a la vida y la salud sin discriminación en cuanto al sexo.⁹ Para garantizar el disfrute igual de los derechos a la vida y la salud, los estados deben tomar en cuenta las necesidades particulares de salud tanto de las mujeres como de los hombres. Como la salud reproductiva es fundamental para el bienestar de las mujeres, los estados deben tomar medidas afirmativas para garantizar que la atención a la salud reproductiva está a disposición y al alcance de todas las mujeres. Este principio está reconocido explícitamente en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (Convención de la Mujer), que dispone 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 los que refieren a la planificación familiar”.¹⁰ El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), organismo de las Naciones Unidas (NU) que vigila el cumplimiento de la Convención de la Mujer, ha abordado las obligaciones gubernamentales pertenecientes a la atención a la salud reproductiva. En su Recomendación General sobre Mujeres y Salud (Recomendación sobre Salud), declara que los estados parte deberían “garantizar el acceso universal de todas las mujeres a una plena variedad de servicios de atención de la salud de gran calidad y asequibles, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva”.¹¹

Los Estados también están obligados a eliminar las barreras legales a la atención a la salud reproductiva. En su Recomendación sobre Salud, el CEDAW ha declarado: “[...] los obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones”.¹² Entre esas barreras legales a la salud reproductiva están las leyes que prohíben el aborto, restringen la publicidad de los anticonceptivos, exigen el consentimiento del esposo para obtener anticonceptivos y penalizan la esterilización voluntaria.

2. El derecho a la autodeterminación reproductiva

El derecho a la autodeterminación reproductiva se basa en el derecho a planear la propia familia, el derecho a estar libre de interferencias en la toma de decisiones reproductivas, y el derecho a estar libres de todas las formas de violencia y coerción que afecten la vida sexual y reproductiva de la mujer.

El derecho a planear la propia familia ha sido definido en instrumentos internacionales como el derecho a determinar “libre y responsablemente” el número e intervalo de los hijos y a tener la información y los medios necesarios para así hacerlo. Como analizaremos más adelante, este principio se ha afirmado en numerosos documentos de consenso aprobados en conferencias de las Naciones Unidas (NU) a lo largo de las tres últimas décadas y se le confirió fuerza legal en la Convención de la Mujer. El derecho a planear la propia familia es origen de una obligación

gubernamental de garantizar que hombres y mujeres tengan acceso igual a toda una gama de opciones de anticonceptivos y de servicios de salud reproductiva y a que tengan información sobre salud sexual y reproductiva.

El derecho a estar libre de interferencias en la toma de decisiones reproductivas está relacionado con principios más amplios de autonomía corporal y se suele aludir a él como derecho a la integridad física. Este principio tiene sus raíces en el derecho a respetar la dignidad humana, los derechos de libertad y seguridad de la persona, y el derecho a la intimidad.¹³ Está protegido explícitamente en el artículo 4 de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul) y en el artículo 5(1) de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Convención Americana).¹⁴ El derecho a la integridad física protege a las mujeres de la invasión o intrusión no deseada en sus cuerpos y otras restricciones no consensuales de la autonomía física de las mujeres. Por ejemplo, negar a una mujer la opción de evitar el embarazo o el parto interfiere con su derecho a decidir sobre un asunto que tiene tremendas implicaciones para su cuerpo y su libertad personal.

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 la mujer. El Programa de Acción de la CIPD declara que las mujeres tienen derecho a “adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia”.¹⁵ Como observó la Asamblea General de las NU en su Declaración sobre la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres, la “‘violencia contra la mujer’ se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño [...] sexual”.¹⁶ La violencia suele estar dirigida específicamente a la capacidad sexual o reproductiva de la mujer. La violación y otras formas de violencia sexual, la CF/MGF y la esterilización forzada o coercitiva son ejemplos de los tipos de violencia que usurpan la autodeterminación reproductiva.

II. Historia de los derechos reproductivos en el ámbito internacional

No cabe duda que los derechos reproductivos tienen su fundamento en algunos de los derechos humanos reconocidos desde hace más tiempo, pero el reconocimiento internacional explícito del derecho de las mujeres a elegir en cuestiones de reproducción se puede remontar a fines de los años sesenta. En 1968, las personas que participaron en la Primera Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos celebrada en Teherán reconocieron que los “padres tienen el derecho humano fundamental de determinar libremente y responsablemente el número de sus hijos y los intervalos entre los nacimientos y el derecho a la educación e información adecuadas para así decidirlo”.¹⁷ Este derecho se reafirmó varias veces a lo largo de las dos décadas siguientes y en 1984, en la Conferencia Internacional sobre Población (CIP) en la Ciudad de México, el derecho se reformuló para proclamar que “todas las parejas e individuos tienen el derecho básico a decidir libre y responsablemente el número e intervalo de sus hijos y a tener información, educación y medios para así decidirlo [...]”.¹⁸

Como dijimos con anterioridad, una variante de este derecho está reconocida en la Convención de la Mujer, que se aprobó en 1979 durante el Decenio de Naciones Unidas para las Mujeres (1976-1985). El artículo 16(1)(e) dispone que “los Estados Partes [...] asegurarán, en 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” .¹⁹ Ratificada por 165 países,²⁰ la Convención de la Mujer es la que brinda el apoyo legal más fuerte al derecho a la salud reproductiva y a la elección reproductiva. Además de garantizar la igualdad en la libertad para determinar el tamaño de la familia, la Convención de la Mujer garantiza la no discriminación en el acceso a la atención a la salud, incluidas la información y la asesoría sobre planificación familiar.²¹

En 1992, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo celebrada en Río de Janeiro, reiteró en su agenda²² el derecho a decidir el número e intervalo de los hijos e hijas.²³ Además afirmó que los Estados debían proveer servicios públicos de salud, incluidos “servicios asequibles y accesibles, adecuados para la planeación responsable del tamaño de la familia” .²⁴ En 1993, en la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos celebrada en Viena, los Estados reconocieron “sobre la base de la igualdad entre hombres y mujeres, el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar, así como a la igualdad de acceso a la educación a todos los niveles” .²⁵

En 1994 se llegó a un importante viraje en la CIPD celebrada en El Cairo. El Programa de Acción de la CIPD observaba por primera vez que “los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso” .²⁶ Esto no sólo reitera el derecho a determinar el número e intervalo de hijos, sino que además postula que los derechos reproductivos incluyen el “derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva” y 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 [...]” .²⁷ El Programa de Acción de la CIPD carece de precedentes en su amplia concepción de “salud reproductiva” . El párrafo 7.2 dispone:

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. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos [...].²⁸

Este párrafo prosigue con la definición de “atención de la salud reproductiva” como “el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva” .²⁹ Específicamente señala que la atención a la salud reproductiva debería promover la salud sexual “cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales” .³⁰ En congruencia con su amplia visión de salud reproductiva, el Programa de Acción de la CIPD ordena a los estados abordar las desigualdades de género que obstruyen la salud reproductiva, incluidas las “prácticas sociales discriminatorias; las actitudes negativas hacia las mujeres y las niñas; y el limitado poder de decisión que tienen muchas mujeres respecto de su vida sexual y reproductiva” .³¹

En 1995, la Conferencia de Beijing produjo dos documentos –a los que se conoce como la

Declaración de Beijing y la Plataforma de Acción de Beijing- que reafirman los principios aprobados en El Cairo. La Plataforma de Beijing repite el lenguaje clave del Programa de Acción de la CIPD que ya hemos analizado, pero va más allá cuando reconoce el derecho de las mujeres a controlar su propia sexualidad y sus relaciones sexuales, y a decidir sobre estas cuestiones en condiciones de igualdad con los hombres.³²

Desde 1995 la comunidad internacional ha extendido su reconocimiento a los derechos reproductivos de acuerdo con el derecho internacional y ha reafirmado su compromiso con las declaraciones de conferencias internacionales. El Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (Tratado de Roma), un tratado aprobado en julio de 1998 para la creación de una Corte Penal Internacional (CPI) permanente³³ para investigar y castigar el genocidio, los crímenes contra la humanidad y los crímenes de guerra, refleja el creciente reconocimiento de la comunidad internacional de que los derechos reproductivos son en efecto derechos humanos protegidos.³⁴ El tratado reconoce que la violación y otras formas de violencia sexual se cuentan entre los crímenes más graves de acuerdo con el derecho internacional humanitario.³⁵ La CPI empezará a operar cuando 60 estados ratifiquen el Tratado de Roma.³⁶ Hasta abril de 2000, el tratado ha sido ratificado por ocho estados.³⁷

En julio de 1999, un año después de la adopción del Tratado de Roma, la comunidad internacional se reunió de nuevo para negociar un documento con implicaciones importantes para los derechos reproductivos. Esa reunión fue una revisión de los cinco años de la CIPD de 1994 y del Programa de Acción acordado en esa conferencia. Aunque el proceso de revisión estuvo lleno de conflictos, el documento aprobado³⁸ es una importante afirmación de los principios acordados en 1994. También contiene estrategias cruciales para la promoción de los derechos reproductivos.³⁹ La promoción de los derechos reproductivos sigue estando firmemente en la agenda internacional.

III. El papel de las leyes y políticas en el progreso de los derechos reproductivos

Los logros en el reconocimiento internacional de los derechos reproductivos de las mujeres han estado acompañados de un gran reto: ¿cómo pueden las mujeres dar sentido a esas declaraciones en sus propias vidas? Las mujeres pueden empezar por trabajar para la adopción de leyes y políticas que reflejen los principios de esos acuerdos internacionales. Las leyes y políticas crean el marco a través del que los Estados afectan el comportamiento de las personas. Allí donde la ley se respeta y se aplica, puede influir directamente en las acciones de la gente y mejorar la rendición de cuentas del gobierno. La ley también puede tener una fuerza moral y determinar cómo entiende la gente la equidad y la justicia.

Es importante tener en mente que el grado en que las leyes y las políticas influyen en la vida de la gente depende de si esas medidas se ponen en práctica y se hacen valer. Por ejemplo, las leyes que se proponen garantizar el consentimiento informado y la calidad de la atención en los servicios públicos de salud reproductiva tienen poco peso allí donde no hay compromiso del gobierno de capacitar a trabajadores de la salud para que respeten los derechos reproductivos. Asimismo, las leyes que aseguran el libre acceso a servicios de atención a la salud reproductiva como el aborto, sólo se pueden poner en práctica cuando se invierte en instalaciones equipadas y autorizadas para realizar esos procedimientos. A pesar de todo, las leyes y políticas formales son indicadores cruciales del compromiso del gobierno de promover los derechos reproductivos de las mujeres. En los capítulos que siguen se examina el compromiso global de mejorar la vida reproductiva de las mujeres a través de la revisión de iniciativas legislativas y políticas en áreas clave.

Capítulo 1

POBLACIÓN, SALUD REPRODUCTIVA Y POLÍTICAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

"[...] La buena salud es indispensable para vivir en forma productiva y satisfactoria y el derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud y en particular su propia fecundidad es fundamental para su emancipación".

Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 92.⁴⁰

"Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo".

Programa de Acción de la CIPD, Principio 8.⁴¹

I. Introducción

La salud y los derechos reproductivos los suele abordar la política de salud de un país, su política de población, o ambas. Además de declarar los amplios objetivos del gobierno en salud o población, esas políticas proporcionan con frecuencia el marco para el suministro de la atención a la salud reproductiva. En este capítulo examinamos el vínculo entre salud y derechos reproductivos y políticas de población. Después examinamos algunas características de leyes y políticas de población y salud reproductiva y damos ejemplos de los avances realizados a partir de 1995. Concluimos el capítulo con recomendaciones que destacan la necesidad de leyes y políticas de población y de salud reproductiva que aborden de manera comprehensiva las necesidades de salud reproductiva y sexual de las mujeres y que contengan una perspectiva de la provisión de todos los servicios de salud basada en los derechos.

II. Vínculo entre población y salud y derechos reproductiva

En la CIPD de 1994, los países acordaron que el progreso y la protección de los derechos humanos de las mujeres deben ocupar un lugar central en los esfuerzos realizados por los Estados para abordar cuestiones de población y desarrollo.⁴² El Programa de Acción resultante de la CIPD centró una atención sin precedentes en la igualdad de género, equidad y empoderamiento de las mujeres, manifestando la visión progresista siguiente: "la habilitación y 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".⁴³

Así pues, el Programa de Acción de la CIPD dio el paso innovador de afirmar explícitamente 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" y en "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".⁴⁴ La disposición fue más lejos y declaró que "la promoción del ejercicio responsable de esos derechos de todos deben ser la base primordial de las políticas y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva, incluida la planificación familiar".⁴⁵ El Programa de Acción de la CIPD también afirmó que la coerción en el suministro de servicios de planificación familiar constituye una violación de los derechos reproductivos y hay que eliminarla.⁴⁶

A la luz del consenso de la CIPD y sus obligaciones de acuerdo con numerosos instrumentos internacionales de derechos humanos, los Estados tienen el deber de poner en práctica una estrategia nacional comprehensiva para promover el derecho a la salud de las mujeres, incluida su salud reproductiva. El artículo 12 de la Convención de la Mujer exige que los Estados parte eliminen la discriminación contra las mujeres en el campo de la atención a la salud a fin de promover acceso igual a servicios de atención a la salud. La Plataforma de Acción de Beijing reforzó esos principios instando a los Estados a "fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención a la salud y a información y servicios conexos adecuados, de bajo costo y de buena calidad" y ordenando a los Estados que tomen todas las medidas adecuadas para "promover la investigación y difundir información sobre la salud de la mujer".⁴⁷

Un legado importante del Programa de Acción de la CIPD, así como de la Plataforma de Acción de Beijing, es el reconocimiento internacional del principio de que las leyes y políticas relacionadas con la población y la salud reproductiva deben dejar de dar prioridad únicamente al suministro de anticonceptivos. En cambio, esas políticas deben abordar de manera comprehensiva las amplias necesidades de las mujeres en atención a la salud reproductiva que incluya:

- asesoría, información y educación en planificación familiar;
- atención prenatal, parto sin riesgos y servicios de atención postnatal y educación;
- prevención y tratamiento adecuado de la infertilidad;
- prevención y manejo de las consecuencias de aborto;
- servicios de aborto, allí donde éste sea legal;
- tratamiento de infecciones del tracto reproductivo, VIH/SIDA y otras ITS, y cáncer de mama;
- desincentivar la práctica de la CF/MGF y otras prácticas tradicionales nocivas; y
- educación e información sobre sexualidad humana y paternidad y maternidad responsables.⁴⁸

Como las normas internacionales de derechos humanos establecen principios amplios y no definen el contenido preciso de las leyes y políticas que se necesitan para poner en práctica esas normas, uno de los grandes retos de los Estados es desarrollar legislación y políticas apropiadas sobre población y salud reproductiva que promuevan y protejan los derechos humanos.

III. Características y alcance de las leyes y políticas de población, salud reproductiva y planificación familiar

A. La naturaleza de las políticas

La mayoría de los países abordan los temas de población, salud reproductiva y planificación familiar a través de políticas nacionales proclamadas por el poder ejecutivo del Estado. Como la mayoría de los sistemas de gobierno facultan al poder ejecutivo para que promulgue políticas sin que se involucre el legislativo, desde la perspectiva del ejecutivo muchas veces es preferible regular él mismo esas cuestiones en vez de trabajar con el legislativo para llegar a un acuerdo sobre el contenido de la legislación. Un inconveniente de esta concepción de cómo hacer las políticas es que éstas pueden ser reemplazadas cuando los Estados cambian, creando así una potencial inestabilidad en la manera en que se suministran los servicios de atención a la salud. Es importante, por lo tanto, asegurar que las prioridades nacionales y el respeto por los derechos humanos estén protegidos por ley. Las garantías legales proporcionan a la población de un país una mayor certidumbre en lo relativo a sus derechos e incrementan su capacidad de ejercer y hacer valer esos derechos.

Otra cuestión que emana de la acción del ejecutivo en cuestiones de población y salud reproductiva es que cuando las leyes existentes no se reforman para ajustarse a las nuevas políticas, la incongruencia resultante puede crear incertidumbre. Por ejemplo, el Código Penal de **Benin** prohíbe la difusión de “propaganda” sobre anticonceptivos. Esta ley, heredada de Francia donde fue aprobada en 1920, sigue en vigor en Benin a pesar de la actual política del gobierno que permite la difusión de información sobre anticonceptivos.⁴⁹ Este tipo de discrepancias tiende a restringir el flujo libre y abierto de información precisa sobre anticoncepción.

B. Políticas de salud

Las políticas de salud suelen esbozar la infraestructura del sistema de salud pública del país, el costo y cobertura de los servicios de salud y la manera en que están regulados los proveedores de salud. Por ejemplo, la política de salud de **Tanzania** establece la infraestructura de instalaciones de atención a la salud y exige que esas instalaciones incluyan puestos de salud en las aldeas, servicios de dispensario, centros de atención a la salud, hospitales de distrito, hospitales regionales y hospitales de referencia/consulta.⁵⁰ La política de salud también determina la distribución de esas instalaciones, así como el tipo de edificios que deben albergar a cada instalación, el equipo médico que debe tener cada una de ellas y cuántos trabajadores de la salud son necesarios en cada lugar. En muchos países, a pesar de que el gobierno está muy involucrado, la infraestructura del servicio de salud sigue siendo sumamente inadecuada.

Asimismo, las políticas de salud muchas veces dictan el costo de los servicios de salud provistos por el gobierno, lo cual incluye la administración por mandato de las fuentes de financiamiento para el sistema nacional de salud. Las políticas de salud también determinan qué servicios se han de suministrar sin costo y a quién, o cuánto van a costar algunos servicios de salud. Algunos países regulan el costo de los servicios de atención a la salud a través de leyes que regulan el seguro de atención a la salud. Por ejemplo, la Ley del Seguro de Salud de **Polonia** acredita a toda persona asegurada a usar el sistema de salud pública sin costo alguno.⁵¹ En enero de 1999, todo ciudadano o ciudadana con empleo tenía que pagar 7.5% de su ingreso a los fondos del seguro de salud para financiar el sistema. Las personas sin empleo han de registrarse oficialmente en la Oficina de

Desempleo y en los Centros de Seguridad Social. Los miembros de la familia están cubiertos como dependientes.⁵² En este sistema, casi 97% de la población tiene derecho a atención médica gratuita.⁵³

C. Políticas de población y planificación familiar

1. Metas de las políticas

La salud reproductiva y la planificación familiar se suelen abordar en las políticas de población. Como esas políticas están interesadas sobre todo en aumentar o disminuir las tasas de crecimiento de la población, las políticas de población no se centran necesariamente en los derechos de las mujeres a una atención comprensiva a la salud reproductiva y a la autonomía en la toma de decisiones reproductivas. En países en los que la estabilización de la población es una preocupación primordial, este tipo de políticas puede ser que persigan el logro de objetivos cuantitativos, como extender los métodos de anticoncepción a largo plazo a un mayor porcentaje de mujeres, reducir la tasa de natalidad y reducir el número de hijos que tiene una mujer a lo largo de su vida. Estas políticas pueden ser que no ordenen el respeto a los derechos humanos para su puesta en práctica.

Por ejemplo, la Ley sobre Desarrollo de la Población y una Familia Próspera de **Indonesia**, 1992, enumera explícitamente el “control de la cantidad de gente” como uno de sus objetivos.⁵⁴ La ley regula la publicidad, venta y distribución de anticonceptivos con el propósito de crear una “familia pequeña, feliz y próspera”, pero no contempla la provisión de mejores servicios de salud reproductiva comprensivos, asesoría ni educación.⁵⁵ La política de población de **Jamaica** declara que uno de sus objetivos es garantizar que la población no exceda el número de personas que pueden ser asistidas satisfactoriamente por el país.⁵⁶ La política de población se dirige específicamente a restringir el crecimiento de la población a un máximo de 0.8% al año en las tres décadas siguientes.⁵⁷

En cambio, en algunos países en los que ha habido un descenso sustancial del crecimiento de la población en los últimos años, las políticas de población pueden incluir algunas perspectivas pronatalistas respecto de la salud reproductiva y la planificación familiar. Por ejemplo, en **Croacia**, el Programa Nacional para el Desarrollo Demográfico de la República de Croacia se aprobó en 1995 para promover la renovación demográfica de Croacia en respuesta a la “despoblación” y la “falta” de reproducción suficiente de las mujeres.⁵⁸ El Programa define medidas para incrementar el número de recién nacidos y disminuir el número de emigrantes; también trata de que se incremente el número de croatas que regresan de la diáspora y distribuir mejor la población croata en todo el territorio.⁵⁹

2. Aspectos de la implementación

Las políticas de población también contienen estrategias de realización que pueden repercutir en el acceso de las mujeres a la atención de la salud reproductiva. Por ejemplo, en **Etiopía**, la estrategia de implementación del país consiste en expandir la distribución de anticonceptivos, promover la lactancia materna como medio de espaciar los nacimientos e integrar a las mujeres al sector “moderno” de la economía.⁶⁰ La estrategia de Etiopía también implica la reforma de todas las leyes que “impiden, de la manera que sea, el acceso de las mujeres a todos los recursos sociales, económicos y culturales” y reformar las leyes pertinentes para eliminar las restricciones innecesarias a la “publicidad, propagación y popularización de diversos métodos anticonceptivos”.⁶¹

Las políticas de población muchas veces contienen disposiciones sobre el suministro gubernamental de servicios de planificación familiar. Estas disposiciones ordenan qué servicios se han de proporcionar, en qué tipo de instalación y a qué costo. Los Estados de una serie de países proporcionan algunos o todos los servicios de planificación familiar sin costo alguno. Por ejemplo, en **Kenya** el gobierno provee esterilizaciones y anticonceptivos, pero cobra una tarifa por retirar dispositivos anticonceptivos de largo plazo.⁶² En **China**, los servicios de planificación familiar se proporcionan sin costo y son de fácil acceso para ambos sexos.⁶³ No obstante, en realidad sólo las mujeres y los hombres que están casados tienen acceso a anticonceptivos gratuitos.⁶⁴

Las políticas de población, salud reproductiva y planificación familiar muchas veces no abordan las necesidades de salud reproductiva en toda su amplitud. Estas políticas a veces abordan sólo un aspecto de la salud reproductiva, como la provisión de anticoncepción o la salud materno-infantil. La consecuencia es que las mujeres siguen siendo vulnerables a problemas de salud reproductiva tales como embarazos no deseados, problemas de fertilidad o ITS, porque una política no proporciona servicios que aborden estas cuestiones. No obstante, desde la aprobación del Programa de Acción de la CIPD, ha habido una clara tendencia en algunos países, sobre todo en la región latinoamericana, a satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres en toda su amplitud.⁶⁵

Otra cuestión importante que se puede pasar por alto en las políticas de población, salud y planificación familiar es la del derecho de las usuarias a la elección y el consentimiento voluntarios e informados en la provisión de los servicios de atención a la salud. Facilitar a las usuarias el ejercicio de una elección informada es un proceso dirigido a asegurar que las usuarias tengan acceso a la información que necesitan y que entiendan plenamente esa información. Mediante este proceso, una usuaria debería ser capaz de tomar una decisión libre e informada sobre si obtener o no servicios de salud y qué métodos y procedimientos recibir en caso necesario.⁶⁶ El consentimiento informado es particularmente importante para procedimientos médicos con efectos permanentes como la esterilización. En algunos países, las políticas gubernamentales y/o las prácticas del proveedor de salud han tenido por resultado violaciones del derecho de las usuarias al consentimiento informado en la realización de esterilizaciones.⁶⁷

IV. Desarrollos desde 1995

Se pueden encontrar ejemplos en diferentes regiones del mundo de intentos de abordar las cuestiones de población, salud reproductiva y planificación familiar en términos amplios y con el fin de proteger los derechos reproductivos.

- **Brasil** aprobó la Ley de Planificación Familiar en 1996 que prohíbe forzar u obligar a cualquiera a practicar la planificación familiar como medio de control demográfico.⁶⁸
- También en 1996, el Ministerio de Salud en **Perú** aprobó el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000. A pesar de las disposiciones progresistas que reconocen que la salud reproductiva es un derecho humano y social fundamental, y a pesar del objetivo declarado de "atender la salud reproductiva de las mujeres en todas las etapas de su vida",⁶⁹ durante el período de 1996 a 1998⁷⁰ se descubrieron graves abusos en los servicios de salud reproductiva peruanos. Los abusos provenían, al menos en parte, de la imposición

gubernamental de “metas” de esterilización y de “ferias de esterilización” patrocinadas con el objetivo de aumentar el número de personas usuarias de este método permanente de anticoncepción. En gran parte debido a una publicidad negativa, el gobierno puso fin a las metas de esterilización y a las campañas y promulgó una resolución que creaba un Defensor Especial de los Derechos Humanos de la Mujer dentro del marco del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Este funcionario recibe quejas de violaciones al derecho de las mujeres a la elección libre e informada de anticonceptivos.⁷¹

- El Ministerio de Salud de **Ghana** emitió la Política del Servicio de Salud Reproductiva en 1996 a través de la cual se aborda directamente la provisión de atención a la salud reproductiva. Esta política establece un suministro más amplio de servicios de salud reproductiva, centrándose no sólo en la provisión de servicios de planificación familiar costeables, sino también en el empoderamiento de las mujeres, la educación pública en asuntos de salud sexual y la sensibilización de los organismos legislativos a las cuestiones de población. La política también esboza disposiciones para la maternidad sin riesgos, la salud reproductiva de adolescentes, la prevención y gestión del aborto en condiciones de riesgo, y las infecciones del tracto reproductivo, incluidas las ITS y el VIH/SIDA.⁷²

V. Recomendaciones

- Los Estados deben aprobar leyes o políticas amplias que garanticen el acceso universal a toda una gama de servicios de salud sexual y reproductiva de alta calidad y costeables para todos los individuos y parejas en edad reproductiva. Estos servicios deben incluir planificación familiar e información; servicios y educación de atención prenatal, parto seguro y postnatal; prevención y tratamiento de la infertilidad; aborto seguro; tratamiento de ITS, incluyendo el VIH/SIDA, infecciones y cáncer del tracto reproductivo; y educación e información sobre sexualidad a través del sistema de atención primaria a la salud.
- Las políticas de población, salud reproductiva y planificación familiar deben asegurar la distribución equitativa de recursos y servicios públicos para poner en práctica todos los aspectos de los derechos reproductivos.
- Al regular la población, la salud reproductiva y la planificación familiar, los Estados deben asegurar que las leyes y las políticas incorporen los principios de consentimiento y elección libres e informados, no coerción, confidencialidad, intimidad, no discriminación y calidad de la atención.⁷³
- Los Estados deben eliminar obstáculos legales, médicos, clínicos y reglamentarios innecesarios a la información y al acceso a los servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar.
- Los Estados, en colaboración con ONG, deben desarrollar políticas y programas dirigidos a efectuar reducciones significativas en la mortalidad materna e infantil.
- Las ONG deben evaluar el contenido, implementación e impacto de todas las políticas relacionadas con la población, la salud reproductiva y la planificación familiar para garantizar que esas políticas promuevan, protejan y cumplan los derechos reproductivos de las mujeres.

Capítulo 2

ANTICONCEPCIÓN

“La salud reproductiva [...] entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables [...]”.

Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 94.⁷⁴

“[...] Todos los países deberían adoptar medidas para satisfacer las necesidades de planificación de la familia de su población lo antes posible, en todo caso para el año 2015, y deberían tratar de proporcionar acceso universal a una gama completa de métodos seguros y fiables de planificación de la familia y a servicios conexos de salud reproductiva que no estén legalmente permitidos. El objetivo sería ayudar a las parejas y a los individuos a alcanzar sus objetivos de procreación y brindarles todas las oportunidades de ejercer su derecho a tener hijos por elección”.

Programa de Acción de la CIPD, párrafo 7.16.⁷⁵

I. Introducción

La capacidad de una mujer de planear su vida reproductiva depende de que tenga acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos, suministrados en un contexto en el que pueda hacer una elección informada. Aproximadamente unos 350 millones de parejas en todo el mundo no tienen acceso a los servicios de planificación familiar que necesitan.⁷⁶ En muchos países, el acceso a la anticoncepción está limitado por leyes, políticas o falta de atención del gobierno a las necesidades de salud reproductiva de las mujeres. En este capítulo damos un panorama del impacto de la ley y la política sobre la capacidad de una mujer para escoger un método anticonceptivo que sea el adecuado para ella. Empezamos con una revisión del respaldo legal internacional al derecho de las mujeres a tener acceso a la anticoncepción y examinamos algunos de los impedimentos al acceso que las mujeres siguen enfrentando. También consideramos algunos ejemplos en los que los Estados han permitido el uso de prácticas coercitivas para imponer métodos anticonceptivos a las mujeres sin el consentimiento informado de ellas. Informamos de algunos desarrollos legales y de políticas y de progresos tecnológicos de los cinco últimos años y concluimos con recomendaciones.

II. El derecho a planear el embarazo

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres incluyen el derecho a planear sus embarazos. Éste es un aspecto fundamental de la autodeterminación reproductiva. El derecho a determinar “libre y responsablemente” el número e intervalo de los hijos y a tener la información y la educación necesarias para hacerlo lo articuló por primera vez la comunidad internacional en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán en 1968. Como dijimos en la introducción y en el capítulo 1, este principio ha sido reafirmado en una serie de conferencias internacionales desde entonces, incluida la Conferencia de Beijing en 1995. La Convención de la Mujer, aprobada en 1979, confirió fuerza legal a este principio, disponiendo que los estados deben asegurar a hombres y mujeres “los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo [...]”.⁷⁷ La Convención de la Mujer garantiza el acceso a la información y educación necesarias y da derecho a mujeres y hombres a los medios para controlar el tamaño de sus familias.⁷⁸

El derecho a determinar el número e intervalo de los hijos está complementado por el derecho a la planificación familiar, que está reconocido explícitamente en la Convención de la Mujer. El artículo 12(1) de esta Convención ordena a los estados que garanticen a mujeres y hombres el acceso igual a “servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”.⁷⁹ El artículo 10(h) ordena además a los estados asegurar a mujeres y a hombres el acceso igual 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”.⁸⁰ El CEDAW, en su Recomendación General sobre la Salud, insta a los Estados a “dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual [...]”.⁸¹

Tomadas en conjunto, estas disposiciones exigen a los Estados que aseguren el acceso a toda una gama de métodos anticonceptivos. Una gama completa de métodos consistiría en: condones, métodos vaginales de barrera, anticonceptivos orales, implantes, inyectables, dispositivos intrauterinos, esterilización voluntaria masculina y femenina, y anticoncepción de emergencia (AE).⁸² Además, las mujeres tienen derecho a información precisa sobre los riesgos y beneficios de cada método.

El respeto al derecho de las mujeres a la autodeterminación reproductiva también exige que los Estados aseguren que las mujeres den su consentimiento pleno e informado antes de que se les dé un método anticonceptivo. Las políticas gubernamentales que desatienden los propios deseos de las mujeres y sus circunstancias de vida para cumplir metas demográficas son causa de prácticas coercitivas y violentas. Someter a las mujeres a esterilización quirúrgica o administrar inyecciones anticonceptivas o implantes sin el consentimiento informado de las mujeres, por ejemplo, son prácticas que violan derechos reproductivos medulares de las mujeres.⁸³

III. Acceso a la anticoncepción

Como dijimos en el capítulo 1, muchos Estados nacionales están implicados en la distribución de anticonceptivos en servicios públicos de atención a la salud. En **México**, por ejemplo, donde el gobierno proporciona servicios y métodos anticonceptivos sin costo, los servicios de planificación familiar del sector público satisfacen las necesidades anticonceptivas del 72% de la población.⁸⁴ Otros países aseguran que el acceso a la planificación familiar esté a disposición de aquellas personas que no pueden pagar por ella en el sector privado. En **Estados Unidos**, de acuerdo con la ley conocida como el Título X, el gobierno federal subvenciona directamente a entidades privadas y públicas, como clínicas de planificación familiar y departamentos estatales de salud, para que suministren toda una gama de servicios, incluidas la anticoncepción y la educación.⁸⁵

Hay una serie de países en los que, a pesar de tener políticas que disponen el pleno acceso a la anticoncepción, los Estados no son capaces de satisfacer las necesidades de las personas que desean planear sus familias. Por ejemplo, en **Nigeria**, la Política Nacional de Población para el Desarrollo, la Unidad, el Progreso y la Autoconfianza, aprobada en 1988, tiene la meta de hacer que los servicios de planificación familiar sean fácilmente accesibles a todas las parejas e individuos a un costo asequible.⁸⁶ Las clínicas de planificación familiar del gobierno proporcionan anticonceptivos a bajo costo. No obstante, suele haber escasez de anticonceptivos en esas clínicas. Además, como las clínicas que pertenecen al sistema público de atención primaria a la salud están ubicadas en su mayoría en zonas urbanas, la disponibilidad de anticonceptivos modernos en zonas rurales es sumamente limitada.⁸⁷

IV. Regulación de la anticoncepción

Los Estados regulan habitualmente los anticonceptivos como lo hacen con otros productos farmacéuticos. Las leyes y regulaciones respecto a rotulación, adulteración de medicamentos y aprobación de medicamentos nuevos suelen ser aplicables a los métodos anticonceptivos. En algunos países se regulan específicamente algunos métodos anticonceptivos. Por ejemplo, en **Kenya**, de acuerdo con la Ley de Farmacia, los anticonceptivos hormonales suministrados en forma de píldoras orales, implantes (incluido el NORPLANT) e inyectables (incluido el Depo-Provera) se pueden adquirir sólo en una farmacia con receta médica o ser suministrados por un profesional médico directamente a la cliente con fines de tratamiento médico.⁸⁸

Lo más común es que las políticas de salud reproductiva, población y planificación familiar contengan orientaciones o protocolos sobre métodos anticonceptivos y contraindicaciones para su uso. En **Perú**, por ejemplo, el Manual de Salud Reproductiva, un manual de procedimientos y normas para proveedores de atención a la salud, regula el uso de la AE (véase discusión de la AE más adelante).⁸⁹ Este manual, que es legalmente vinculante en todo el país,⁹⁰ dispone que la AE se puede usar en casos de relaciones sexuales no protegidas, violación o fallo de métodos anticonceptivos de barrera.⁹¹

Algunos Estados ponen obstáculos al acceso de las mujeres a toda la gama de elecciones anticonceptivas. Regulan algunos métodos estrictamente o los prohíben en su totalidad; ponen límites a la publicidad o la información pública sobre anticoncepción; o limitan la autodeterminación reproductiva de las mujeres ordenando el consentimiento del esposo para el uso de anticonceptivos.

A. Métodos más estrictamente regulados o prohibidos

Una de las formas más reguladas de anticoncepción es la esterilización. En algunos países, este método de planificación familiar es ilegal. Por ejemplo, en **Argentina** la esterilización es un delito. El Código Penal define como delito infligir, o bien un “grave daño” que tenga por resultado la debilitación permanente de un órgano o miembro reproductivo,⁹² o bien un “daño muy grave” que tenga por resultado la pérdida de la capacidad de concebir o de procrear.⁹³ El castigo para esos actos es cárcel de tres a quince años.⁹⁴ A pesar de la falta de excepciones en la ley, se realizan esterilizaciones en mujeres cuyas vidas correrían riesgo con futuros embarazos.⁹⁵ Asimismo, en **Polonia** la esterilización como método de planificación familiar es ilegal. Incluso con el consentimiento de la paciente por escrito, la esterilización es considerada un agravio criminal que tiene un castigo de hasta 10 años de cárcel.⁹⁶ La esterilización es legal sólo cuando se realiza a “individuos mentalmente incompetentes”.⁹⁷ El Código Penal de **Costa de Marfil** prohíbe estrictamente la esterilización, clasificándola como un delito al que se puede aplicar la pena de muerte.⁹⁸

Las fuerzas conservadoras han hecho un esfuerzo por regular estrictamente y hasta volver ilegal el uso de la AE, incluidas las píldoras anticonceptivas de emergencia, las minipíldoras y el dispositivo intrauterino de la T de cobre.⁹⁹ Estos métodos se usan después del coito (después de la relación sexual) y pueden prevenir el embarazo retardando o inhibiendo la ovulación, inhibiendo la fertilización, o inhibiendo la implantación de un óvulo fertilizado.¹⁰⁰

En la reciente revisión de los cinco años posteriores a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 y el Programa de Acción (Conferencia CIPD+5), la AE fue materia de colisión entre delegados gubernamentales durante la redacción del documento de consenso de la conferencia. En

una sección que aconsejaba a las agencias de NU y a donantes que brindaran recursos suficientes para satisfacer la demanda de métodos de planificación familiar, Estados Unidos, la Unión Europea y otros países trataron de insertar la frase “incluidos los métodos controlados por la mujer, como condones femeninos, anticoncepción de emergencia y métodos que están subutilizados como la vasectomía y los condones masculinos”.¹⁰¹ La Santa Sede y una serie de países, incluidos **Argentina, Libia, Nicaragua, Sudán y Siria**,¹⁰² ofrecieron una fuerte resistencia a esta propuesta. Los representantes de estas delegaciones argumentaron que la AE es equivalente al aborto, a pesar de una declaración de la OMS que explica que la comunidad médica no considera la AE como un abortivo porque el tratamiento tiene efecto antes de la implantación.¹⁰³ Al final se llegó a un arreglo y la sección quedó: “Incluidas nuevas opciones y métodos subutilizados”, lenguaje que sin duda abarca la AE aunque sin nombrarla explícitamente.¹⁰⁴

B. Límites a la publicidad

Algunos países del mundo ponen límites a la difusión de información sobre anticonceptivos. Por ejemplo, en 1986 **Ghana** prohibió la publicidad de anticonceptivos en los medios de comunicación.¹⁰⁵ No obstante, el gobierno alienta la difusión de información sobre anticonceptivos en algunos contextos. La Política del Servicio de Salud Reproductiva de Ghana ordena a los proveedores de servicios dar a las usuarias una gama de informaciones y de asesoría, incluida la referente a planificación familiar y anticonceptivos.¹⁰⁶

De modo similar, en países en los que la llamada Ley Francesa de 1920 está en vigor, como es el caso de **Benin**,¹⁰⁷ se puede inhibir la publicidad de anticonceptivos. Como dijimos en el capítulo 1, la Ley Francesa de 1920 proscribió la “incitación” al “delito de aborto” y la distribución de información o “propaganda” sobre prevención del embarazo. Esta ley estaba en vigor en países que antiguamente estuvieron sometidos al régimen colonial francés, pero la mayoría de ellos la derogaron después de la independencia. Es importante destacar que en Benin, a pesar de esa ley, el gobierno ha declarado en su Política de Población que tiene el objetivo de aumentar la incidencia de anticonceptivos.¹⁰⁸ No obstante, la Ley Francesa de 1920 ha sido identificada como un impedimento a la administración de un programa amplio de planificación familiar.¹⁰⁹ En **Camerún** la situación es similar. Aunque la Ley Francesa de 1920 ha sido derogada, una ley de 1990 que regula la práctica de las farmacias prohíbe la “propaganda de anticonceptivos”.¹¹⁰

C. Requisitos de autorización de terceros

En algunos países se exige que las mujeres obtengan la autorización del esposo o de uno de los padres para recibir anticonceptivos. Por ejemplo, en **Chad**, donde los métodos anticonceptivos reversibles –que incluyen métodos de barrera y hormonales– se considera que son medicamentos que sólo se pueden conseguir con receta médica, a las mujeres casadas sólo se les da una receta con el permiso de sus esposos.¹¹¹ Asimismo, las menores deben tener el consentimiento escrito de sus padres o de su tutor.¹¹² En **Chile**, la mujer tiene que tener el consentimiento de su esposo para ser esterilizada en los servicios públicos de salud.¹¹³

V. Violaciones que indican coerción

El derecho de la mujer a la autodeterminación reproductiva también se viola cuando los métodos de control de la fertilidad se le imponen sin su consentimiento informado. Ha habido en todo el mundo

una serie de casos de violaciones de los derechos de las mujeres que implican coerción en el uso de la anticoncepción. Cuando la esterilización es un método común de planificación familiar, los y las trabajadores de la salud pueden presionar a las mujeres para que se sometan a la esterilización sin informarles sobre el carácter irreversible de la operación ni de métodos anticonceptivos alternativos.¹¹⁴ Por ejemplo, como se dijo en el capítulo 1, defensores y defensoras de derechos humanos en **Perú** informaron que, de 1996 a 1998, en respuesta a las cuotas de esterilización impuestas por el gobierno, muchas mujeres fueron sometidas a esterilización sin dar su consentimiento informado.¹¹⁵ Se documentó una serie de casos de mujeres que habían sido coaccionadas, engañadas o inducidas a esterilizarse.¹¹⁶ La Relatora Especial de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra la Mujer (Relatora Especial sobre Violencia) llamó la atención sobre éstos y otros abusos a la comunidad internacional en un informe de 1999.¹¹⁷

Las mujeres también pueden sentirse coaccionadas por los y las trabajadoras de la salud que se niegan a quitarles dispositivos anticonceptivos. Por ejemplo, como en el caso del Norplant es necesario insertarlo y quitarlo quirúrgicamente, cuando una mujer desea quitárselo depende totalmente de la asistencia de trabajadores de la salud. La Relatora Especial sobre Violencia ha informado que, entre todas las mujeres de **Bangladesh** con Norplant, sólo 15% eran conscientes de que se les podían quitar los implantes a petición de ellas.¹¹⁸ Además, a algunas mujeres que sufrían graves efectos colaterales y solicitaron que les quitaran los implantes les fue negado.¹¹⁹ Del mismo modo, en **Estados Unidos**, la Relatora Especial sobre Violencia informa que los programas de Medicaid financiados por el gobierno que suministraban Norplant a mujeres afroamericanas en las zonas rurales del estado de Georgia, pagaban los implantes pero los quitaban sólo por “motivos médicos”.¹²⁰ Las quejas que presentaban las mujeres de sangrado continuo, dolores de cabeza, palpitaciones cardíacas y caída del cabello se consideraban “inconvenientes” y no problemas médicos que justificaban la extracción de los implantes.¹²¹ Para que les quitaran los implantes antes de los dos años, las mujeres tenían que reembolsar al Estado el costo de la inserción, 300 dólares.¹²²

VI. Desarrollos a partir de 1995

Desde 1995 ha habido algunos avances importantes en lo legal y en las políticas en relación con el acceso a la anticoncepción.¹²³

- En 1999, **Japón** aprobó el uso de anticonceptivos orales. Con anterioridad, Japón era el único Estado miembro de las Naciones Unidas que prohibía este método de anticoncepción.
- En **Etiopía**, un decreto de 1998 derogó una disposición del Código Penal que prohibía la publicidad y promoción de métodos anticonceptivos.¹²⁴
- A nivel mundial, en los últimos años varios países han aprobado explícitamente el uso de la AE, ya sea autorizando medicamentos para el uso como AE, ya sea incorporando la AE a los servicios de planificación familiar regulados por el gobierno. Por ejemplo, el Ministerio de Salud de **Brasil** incluyó la AE en las orientaciones del programa de planificación familiar en 1997.¹²⁵ En 1999, **Francia** se convirtió en el primer país en permitir la venta libre de AE en las farmacias.¹²⁶ En 2000, ha habido iniciativas similares en **Columbia Británica**, **Canadá**¹²⁷ y en **Gran Bretaña**, donde un programa piloto en Manchester, Inglaterra, en virtud del cual se puede

obtener la AE comprándola en el mostrador, se puede llegar a poner en práctica en todo el país.¹²⁸

Además de estos progresos legales y de las políticas, avances tecnológicos recientes también pueden servir para ampliar la elección de las mujeres y mejorar su salud.

- Recientemente, los científicos y científicas han intensificado su trabajo para desarrollar tecnologías anticonceptivas que prevengan enfermedades como el SIDA y otras ITS, especialmente aquellos métodos que están controlados por las mujeres. Un nuevo conjunto de métodos para mujeres, los microbicidas vaginales, que aún no están a la venta, se están probando en muchos países.¹²⁹ Microbicidas vaginales, que se producen en forma de geles, cremas, supositorios, películas, esponjas y anillos vaginales,¹³⁰ se pueden usar sin el conocimiento ni la cooperación de la pareja.¹³¹ Se están llevando a cabo pruebas de seguridad tempranas y discusiones de grupos focales en una serie de países, incluido **Zimbabwe**.¹³²
- Otro método anticonceptivo controlado por la mujer, el condón femenino, ha obtenido un gran reconocimiento en los últimos años. A diferencia del diafragma o de los anticonceptivos orales, no se necesita receta ni ayuda médica para que una mujer use el condón femenino. La mujer se lo coloca en la vagina manualmente y lo puede hacer en cualquier momento, muchas horas o inmediatamente antes del coito.¹³³ El condón femenino brinda a las mujeres otra opción importante para prevenir la infección de VIH y las ITS. No obstante, muchas mujeres que se podrían beneficiar del producto aún no tienen acceso a él.¹³⁴ Cuando está librado totalmente a los mercados comerciales, el precio del condón femenino en el sur a nivel mundial es de entre dos dólares a tres por condón.¹³⁵ El Programa Global Conjunto de Naciones Unidas Contra el VIH/SIDA (ONUSIDA) ha trabajado en la fabricación del condón femenino para incrementar su distribución y bajo costo en el sur a nivel mundial, particularmente en África subsahariana y en el Sudeste asiático.¹³⁶

VII. Recomendaciones

En países donde están en vigor leyes o políticas restrictivas en relación con anticonceptivos:

- Los Estados deben eliminar restricciones a la anticoncepción, incluida la regulación excesiva, requisitos de autorización por terceros y prohibiciones a la difusión de información en relación con anticonceptivos;
- Las ONG deben establecer coaliciones con grupos legales y médicos para llevar a cabo campañas efectivas de promoción y defensa para la liberalización de leyes o de regulaciones restrictivas con respecto a anticonceptivos; y
- Las asociaciones de planificación familiar deben ofrecer la gama más amplia de métodos permitidos por ley y deben proporcionar información precisa sobre estos métodos a los y las usuarias.

En países donde todos los métodos anticonceptivos médicamente aceptados son legales:

- Los Estados deben garantizar el acceso a toda la gama de métodos anticonceptivos, así como a información sobre los beneficios y riesgos relativos de cada método;
- Los servicios de planificación familiar se han de proporcionar a cualquiera que los requiera, independientemente de su estado civil y edad;
- Los Estados deben regular la calidad de los métodos anticonceptivos y poner en práctica salvaguardas apropiadas para la eficacia, seguridad y consentimiento pleno e informado de los y las usuarias;
- Las ONG deben trabajar para asegurar que se tenga acceso a información precisa sobre todos los métodos anticonceptivos y que el uso de anticonceptivos sea con consentimiento pleno e informado; y
- Las asociaciones de planificación familiar y otros proveedores de atención a la salud reproductiva deben trabajar para asegurar que están ofreciendo toda la gama de métodos anticonceptivos con información precisa para un consentimiento pleno e informado.

Capítulo 3

ABORTO

“A la luz lo dispuesto en el párrafo 8.25 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, donde se establece que: ‘En ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia. Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia. Las mujeres que tienen embarazos no deseados deben tener fácil acceso a información fidedigna y a asesoramiento comprensivo [...] En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos [...] [que se considere] la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales”.

Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 106(k).¹³⁷

“La obligación de respetar los derechos exige que los Estados Partes se abstengan de poner trabas las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud [...] El acceso de la mujer a una adecuada atención médica tropieza también con otros obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones”.

Recomendación General del CEDAW sobre Mujeres y Salud, párrafo 14.¹³⁸

I. Introducción

En el meollo de los derechos reproductivos está el principio de que la mujer tiene el derecho a decidir tener o no hijos y cuándo hacerlo. Cuando se enfrenta a un embarazo no deseado, sólo ella puede decidir si llevará o no a término el embarazo. Los Estados están obligados a respetar este derecho humano básico asegurando que las mujeres puedan tener acceso a toda la gama de servicios de salud reproductiva de calidad, incluido el aborto. Los Estados no sólo deben eliminar las barreras legales a los servicios de aborto, sino que también deben asegurar que sean accesibles a todas las mujeres servicios seguros de aborto y de alta calidad. En este capítulo se sitúa el aborto dentro de un marco de derechos humanos y se revisan los tipos de leyes y políticas que regulan el aborto en todo el mundo, haciendo hincapié en los desarrollos legales a partir de 1995. A la luz de los efectos devastadores de las restricciones al aborto en la salud y los derechos de las mujeres, en este capítulo se recomienda un esfuerzo concertado de parte de los Estados y de los actores no gubernamentales para conseguir que el aborto sea seguro y accesible a todas las mujeres.

II. Aborto y derechos humanos

En numerosos tratados y otros instrumentos internacionales se puede encontrar respaldo legal internacional al derecho de la mujer a un aborto seguro y legal. El derecho a escoger el aborto se basa en las garantías de autonomía en las decisiones reproductivas, ausencia de discriminación y protecciones a la salud y a la vida.

A. El derecho a la autonomía en las decisiones reproductivas

Sólo una mujer embarazada sabe si está preparada para tener un hijo/hija. El derecho internacional de los derechos humanos ha protegido tradicionalmente la independencia en la toma de decisiones en asuntos tan intensamente personales como la reproducción. El derecho a la integridad física garantiza estar libre de invasiones no deseadas al propio cuerpo.¹³⁹ Cuando un embarazo no es deseado, la exigencia legal de llevarlo a término constituye una intrusión gubernamental en el cuerpo de la mujer. El reconocimiento de este principio ha sido reforzado con la admisión internacional del derecho a decidir libre y responsablemente el número e intervalo de los hijos/hijas.¹⁴⁰ Este derecho faculta a las mujeres a acceder a todos los medios seguros y efectivos de control del tamaño de su familia, incluido el aborto. Por último, como las decisiones que una persona toma sobre su propio cuerpo, en particular sobre la propia capacidad reproductiva, pertenecen sin duda al terreno de las decisiones privadas, el derecho a la intimidad protege el derecho de las mujeres a elegir el aborto.¹⁴¹

B. El derecho a la no discriminación

Las leyes restrictivas del aborto son una forma de discriminación a las mujeres. Estar libre de discriminación para gozar de derechos humanos protegidos es un derecho asegurado en todos los principales instrumentos de derechos humanos.¹⁴² Según la Convención de la Mujer, “la discriminación contra la mujer” incluye leyes que tienen o bien el “efecto” o bien el “propósito” de impedir a la mujer el ejercicio de cualquiera de sus derechos humanos o libertades fundamentales sobre la base de la igualdad con los hombres.¹⁴³ Cualquiera que sea su propósito declarado, las restricciones al aborto discriminan a las mujeres penalizando un procedimiento de atención a la salud que sólo ellas necesitan y relegándolas a los papeles tradicionales de la maternidad y la crianza.

C. El derecho a la salud

El derecho internacional garantiza a las mujeres el derecho al “más alto nivel posible de salud física y mental”.¹⁴⁴ La OMS define “salud” como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de dolencias o de enfermedades”.¹⁴⁵ En países en los que los servicios de aborto están prohibidos por ley o financiados inadecuadamente por el Estado, la mujer que desea interrumpir un embarazo enfrenta una amenaza a su bienestar físico, mental y social. Si acude a un proveedor ilegal o trata de autoinducirse un aborto, la mujer puede pasar por un procedimiento riesgoso con efectos devastadores en su salud física. Entre 10 y 50 por ciento de las mujeres que sufren abortos en condiciones de riesgo requieren atención médica postaborto debido a complicaciones.¹⁴⁶ Las complicaciones más comunes debidas a aborto en condiciones de riesgo incluyen: aborto incompleto, infección, hemorragia y daño a órganos internos. Cuando estas complicaciones no tienen como consecuencia la muerte, pueden tener por resultado daño de por vida o infertilidad.¹⁴⁷

Los efectos en la salud del aborto en condiciones de riesgo se abordaron en dos conferencias recientes de las NU, la CIPD de 1994 y la Conferencia de Beijing de 1995. El Programa de Acción aprobado en la CIPD instó a los Estados a considerar las consecuencias del aborto en condiciones de riesgo en la salud de las mujeres.¹⁴⁸ En 1999, en la Conferencia CIPD+5, los Estados declararon: “en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible. Se deben tomar medidas adicionales para salvaguardar la salud de la mujer”.¹⁴⁹

Cuando una mujer opta por no poner en riesgo su salud física sometiéndose a un aborto en condiciones de riesgo, debe arriesgar su bienestar mental y social llevando a término un embarazo no deseado. Para una mujer que no está preparada para ser madre, tener un/a hijo/a puede provocar una grave tensión en su salud mental y emocional. Su bienestar social puede resultar perjudicado si no tiene recursos para atender a un hijo/hija. Si se trata de una adolescente, dar a luz puede limitar su educación y, por tanto, su capacidad de mantenerse económicamente.¹⁵⁰

D. El derecho a la vida

Aproximadamente 13% de las muertes maternas anuales en todo el mundo son atribuibles a abortos en condiciones de riesgo.¹⁵¹ Por lo tanto, las leyes que niegan a la mujer el acceso al aborto seguro representan una amenaza al derecho de las mujeres a la vida. El derecho a la vida está protegido en la mayoría de los principales instrumentos de derechos humanos, incluidos la Declaración Universal y el Pacto de Derechos Civiles y Políticos.¹⁵² Aunque tradicionalmente este derecho ha sido interpretado para proteger a las personas sólo de la ejecución arbitraria por el Estado, el Comité de Derechos Humanos, organismo que inspecciona el cumplimiento del Pacto de Derechos Civiles y Políticos, considera que el derecho a la vida exige que los Estados adopten “medidas positivas” dirigidas a preservar la vida.¹⁵³

Los Estados podrían salvar decenas de miles de vidas de mujeres cada año si aseguraran el acceso a servicios de aborto seguro. El aborto en condiciones de riesgo, una de las causas de mortalidad y morbilidad¹⁵⁴ maternas más fácilmente prevenible, es la raíz de aproximadamente 80 mil muertes de mujeres en todo el mundo cada año.¹⁵⁵ El Comité de Derechos Humanos, en su evaluación de 1996 del informe presentado por el gobierno peruano, reconoció que las prohibiciones al aborto pueden violar el derecho a la vida de las mujeres. Refiriéndose a la ley peruana que restringe el aborto, el Comité observó:

El Comité [...] preocupa que el aborto esté sujeto a sanciones penales, aun en el caso de que el embarazo de una mujer sea producto de una violación y de que el aborto clandestino sea la mayor causa de mortalidad materna. Estas disposiciones traen como resultado someter a las mujeres a un tratamiento inhumano y pudieran ser incompatibles con los artículos 3, 6 y 7 del Pacto [que protegen, respectivamente, el derecho a la no discriminación; el derecho a la vida; y el derecho a estar libre de tortura o de trato cruel, inhumano o degradante].¹⁵⁶

III. Panorama de las leyes de aborto en el mundo

Alrededor de 41% de la población del mundo vive en 50 países que permiten el aborto sin restricciones causales. En esos países, que incluyen **China, Francia, Federación Rusa, Sudáfrica y Estados Unidos**, la mujer puede conseguir un aborto sin presentar ninguna justificación. No obstante, la mujer debe observar los requisitos de procedimiento que la ley prescriba.¹⁵⁷

Otro 21% de la población mundial vive en 14 países en los que el aborto está permitido de acuerdo con amplios criterios sociales y económicos. Estas leyes permiten el aborto cuando una mujer puede mostrar que llevar a término un embarazo le causaría penurias sociales o económicas. Al personal médico le está permitido considerar los recursos económicos de la mujer, su edad, su estado civil y el número de sus hijos vivos. **Barbados, Gran Bretaña, India y Zambia** tienen leyes que entran en esta categoría y que por lo general son interpretadas con criterios amplios.¹⁵⁸

En 53 países, que albergan a aproximadamente 13% de la población mundial, el aborto sólo está permitido cuando es necesario por una amenaza a la salud de la mujer. En algunos países, como **Perú** y **Zimbabwe**, el daño amenazado debe ser o grave o permanente.¹⁵⁹ Otras leyes como las de **Argentina** y **Etiopía** no definen ni califican el término “salud”. Otras más, como las de **Botswana**, **Jamaica** y **Malasia**, reconocen explícitamente que las amenazas a la salud mental pueden ser causa de aborto.¹⁶⁰

Por último, aproximadamente 26% de la población vive en 74 países que, o bien permiten el aborto sólo para salvar la vida de la mujer, o bien lo prohíben en su totalidad. Muchos países en esta categoría, incluidos **Brasil**, **Nigeria** e **Indonesia**, permiten explícitamente el aborto cuando el embarazo amenaza la vida de la mujer. Otros países, como la **República Dominicana**, **Senegal** y **Egipto**, tienen leyes que no hacen la excepción explícita de proteger la vida y que puede interpretarse que permiten el aborto en esas circunstancias con base en la “necesidad”.¹⁶¹ Se trata de un principio general de derecho penal según el cual ciertos delitos se pueden exculpar cuando se cometen como el único medio de salvar la propia vida o la vida de otra persona. En algunos países, cambios legales recientes han puesto en tela de juicio la defensa de la necesidad. En **Chile**, por ejemplo, una disposición del código penal que permitía el aborto por causas “terapéuticas” fue abrogada en 1989, ilegalizando el aborto en todos los casos.¹⁶² Del mismo modo en **Colombia** –donde no hay excepción explícita en el derecho penal para salvar la vida de la mujer-, un caso de 1994 que desafiaba las leyes restrictivas sobre aborto tuvo por resultado que la Corte Constitucional sostuviera que el derecho a la vida está constitucionalmente protegido desde el momento de la concepción.¹⁶³

La mayoría de los países que permiten el aborto –hasta aquéllos que no establecen ninguna restricción a las causas para abortar- establecen condiciones que hay que observar para que un aborto sea clasificado como legal. Estas condiciones son: límites al período de gestación o al tipo de servicio médico en el que se puede realizar el procedimiento; requisitos de autorización de terceros, como que el esposo o uno de los padres autorice el procedimiento; período de espera obligatorios; y consejería obligatoria. Por último, los costos suelen ser un obstáculo al acceso de la mujer al aborto. Incluso Estados que permiten el aborto en términos legales amplios, pueden no financiar el procedimiento cuando hay falta de necesidad médica o de otras circunstancias extremas.¹⁶⁴

La capacidad de una mujer para conseguir un aborto depende también de que haya servicios disponibles, lo cual puede depender de factores tan diversos como la interpretación que se haga de la ley existente, la aplicación de la ley y las actitudes de la comunidad médica y del público en general. En países con leyes restrictivas, los profesionales de la salud pueden no conocer las condiciones en las que está permitido el aborto. A veces, los proveedores de la salud se niegan a cumplir la ley o no están capacitados adecuadamente para hacerlo.¹⁶⁵ Muchas veces las regulaciones administrativas son engorrosas y confunden a los profesionales de la salud que están dispuestos a prestar servicios de aborto sobre qué pueden y qué no pueden hacer. Muchas veces esta confusión y el temor a ser penalmente responsables hacen que no estén dispuestos a correr un riesgo.¹⁶⁶

La **India** es un ejemplo de país en el que una ley liberal sobre aborto no asegura que las mujeres puedan tener acceso a procedimientos seguros y legales. La Ley de Terminación Médica del Embarazo de la India permite el aborto por causas socioeconómicas e incluso reconoce que la angustia de un embarazo no deseado resultado de fallas anticonceptivas podría constituir un “daño grave a la salud mental de la mujer embarazada” que podría justificar un aborto.¹⁶⁷ No obstante, sólo 1,800 de los 20 mil centros de salud primaria tienen servicios de aborto legalmente certificados. Las

mujeres con embarazos no deseados se ven obligadas a recurrir a procedimientos de bajo costo realizados por practicantes no capacitados en condiciones insalubres.¹⁶⁸

Así como la autonomía reproductiva de la mujer se ve debilitada por la imposibilidad de acceder a procedimientos de aborto seguro y legal, los Estados violan los derechos reproductivos de las mujeres cuando no permiten que éstas tomen decisiones libres e informadas sobre si quieren o no someterse al procedimiento. Son escasas las situaciones en las que la falta de respeto de los Estados a las decisiones reproductivas de las mujeres pueden tener por resultado abortos forzados. Por ejemplo, **China** restringe el número de hijos que puede tener una pareja casada y hay pruebas de que esta política se ha puesto en práctica mediante abortos forzados.¹⁶⁹ La política china de hijos únicos contribuye a crear un clima de coerción, violando por lo tanto el derecho de las mujeres a la integridad física y a la seguridad de la persona, y los derechos de las mujeres a controlar sus capacidades reproductivas.¹⁷⁰

IV. Desarrollos desde 1995

En esta sección resumimos brevemente los desarrollos en las leyes nacionales de aborto que han tenido lugar en los últimos cinco años. Para el propósito de este estudio, consideramos que las leyes de aborto caen dentro de una de cinco categorías de restricción. Partiendo de las más a las menos restrictivas, estas categorías identifican leyes en razón de las cuales el aborto está: (1) prohibido en su totalidad o permitido sólo para salvar la vida de la mujer; (2) permitido para salvar la vida de la mujer y proteger su salud física; (3) permitido para salvar la vida de la mujer y proteger su salud física y mental; (4) permitido para salvar la vida de la mujer y proteger su salud física y mental, y por causas socioeconómicas; y (5) permitido sin restricciones causales. Los países cuyas leyes han pasado de una categoría a otra como resultado de legislación promulgada a partir de 1995 están incluidos en el análisis que hacemos a continuación.

A. Liberalizaciones

Por lo menos cinco países de diferentes regiones del mundo han promulgado recientemente legislación que liberaliza el aborto.

- En 1996, **Albania** convirtió en ley un mandato del Ministerio de Salud de 1991¹⁷¹ que permite el aborto sin restricciones causales durante las primeras 12 semanas¹⁷² de embarazo.¹⁷³ Esta ley ordena que la mujer pase por un proceso de consejería sobre adopción y de información sobre la asistencia pública y privada existente en caso de que opte por llevar su embarazo a término.¹⁷⁴ La ley de 1991 y la posterior de 1996 modificaron una orden del Ministerio de Salud de 1989 que permitía el aborto sólo cuando estuviera en riesgo la salud física o mental de la mujer, cuando el embarazo fuera resultado de violencia o incesto, o cuando la mujer embarazada tuviera menos de 16 años.¹⁷⁵
- En 1996, **Burkina Faso** reformó el Código Penal para permitir el aborto en cualquier etapa del embarazo cuando corría peligro la vida o la salud de la mujer y en el caso de malformación fetal grave.¹⁷⁶ El aborto también está permitido durante las primeras diez semanas de embarazo en casos de violación o incesto.¹⁷⁷ De acuerdo con la ley anterior, el aborto estaba prohibido a menos que se practicara para salvar la vida de la mujer.¹⁷⁸

- **Camboya** liberalizó de manera significativa la ley de aborto en noviembre de 1997.¹⁷⁹ De acuerdo con esta ley recientemente aprobada, el aborto está permitido durante las primeras 14 semanas de embarazo sin restricciones causales.¹⁸⁰ La ley anterior permitía el aborto sólo para salvar la vida de la mujer.¹⁸¹
- En **Guyana**, una ley de 1995 que se proponía en parte “incrementar la consecución de la maternidad sin riesgos eliminando muertes y complicaciones debidas a abortos en condiciones de riesgos” permite el aborto sin restricciones causales durante las ocho primeras semanas de embarazo.¹⁸² Después de ocho semanas, pero antes de que hayan transcurrido doce, a la mujer se le puede practicar un aborto con base en términos amplios, incluidas las consideraciones socioeconómicas.¹⁸³ La ley anterior permitía el aborto sólo para salvar la vida de la mujer o para proteger su salud física o mental.¹⁸⁴
- **Sudáfrica** promulgó la Ley sobre la Decisión de Terminar el Embarazo de 1996, que convierte la ley de aborto de este país en una de las más liberales del mundo. La Ley mencionada permite el aborto sin limitaciones causales durante las 12 primeras semanas de embarazo, dentro de las 20 primeras semanas por varias razones y en cualquier momento si existe riesgo para la vida de la mujer o malformación fetal grave.¹⁸⁵ La Ley derogó otra de 1975 que prohibía el aborto a menos que el embarazo fuera resultado de violación o incesto, cuando la vida de la mujer estaba en peligro o cuando había malformación fetal.¹⁸⁶

B. Restricciones

Dos son los países que han restringido recientemente sus leyes de aborto.

- En 1997, **El Salvador** reformó el Código Penal para eliminar todas las excepciones a la prohibición de aborto que contenía.¹⁸⁷ De acuerdo con la ley anterior, el aborto estaba permitido cuando fuera necesario para proteger la vida de la mujer, cuando el embarazo fuera resultado de violación y cuando existiera un riesgo sustancial de malformación fetal.¹⁸⁸ Además de la reforma al Código Penal, la Constitución de El Salvador fue reformada en 1999 para reconocer la vida desde el momento de la concepción.¹⁸⁹
- En **Polonia**, una ley que liberalizó el aborto en 1996 fue invalidada por la Corte Constitucional en 1997.¹⁹⁰ La Corte consideró que la ley, que permitía el aborto por causas sociales y económicas, violaba la protección constitucional al derecho a la vida del “niño concebido”.¹⁹¹ En diciembre de 1997, el Parlamento de Polonia aprobó nueva legislación que eliminaba las causas sociales y económicas para el aborto.¹⁹² En la actualidad, en Polonia el aborto es posible por tres causas: cuando el embarazo amenaza la vida o la salud de la mujer; cuando hay sospecha justificada de que el embarazo ha sido el resultado de un “acto delictivo”; y en casos de malformación fetal.¹⁹³

Estas leyes implican una importante amenaza a la salud reproductiva de la mujer dada la correlación entre aborto en condiciones de riesgo y altas tasas de mortalidad y morbilidad maternas. Hay que destacar que incluso en países con leyes liberales de aborto –como **Hungría**,¹⁹⁴ la **Federación Rusa**¹⁹⁵ y los **Estados Unidos**¹⁹⁶–, aquellos que se oponen a la elección y decisión de la mujer han tenido algunos logros, influyendo en los sistemas judiciales y las legislaturas para restringir el acceso de las mujeres a servicios de aborto seguro. Aunque el resultado de muchas de estas campañas aún es

indefinido, ameritan un atento escrutinio de los defensores y defensoras de los derechos reproductivos de las mujeres.

V. Recomendaciones

La eliminación de las barreras legales y de otro tipo a los servicios de aborto requiere que los Estados, las ONG y los donantes internacionales actúen. Las acciones necesarias para alcanzar esta meta difieren de acuerdo con la jerarquía de las leyes en cada país.

En países en los que las leyes de aborto son restrictivas:

- Los Estados deben promulgar leyes que permitan el aborto sin restricciones causales o en términos amplios;
- Los Estados tienen que garantizar que existan servicios de aborto seguros y de alta calidad para satisfacer las necesidades de las mujeres que cumplen con los requisitos para tener acceso a un aborto de acuerdo con los términos restringidos reconocidos por la ley;
- Los funcionarios que tienen a su cargo la ejecución de la ley deben emitir pautas para las fiscalías que reflejen la interpretación más liberal posible de las leyes penales pertinentes al aborto;
- Los funcionarios que tienen a su cargo la ejecución de la ley deben abstenerse de procesar a mujeres que han pasado por procedimientos de aborto y a proveedores que realizan abortos con el consentimiento de sus pacientes;
- Las ONG tienen que establecer coaliciones con grupos legales y médicos para llevar a cabo campañas de promoción y defensa efectivas de liberalización de las leyes de aborto;
- Las asociaciones de planificación familiar y otros proveedores de atención a la salud reproductiva deben ofrecer servicios de aborto en toda la gama de las posibilidades permitidas por la ley;
- Los grupos de promoción y defensa de los derechos deben investigar los efectos del aborto en condiciones de riesgo en la mayor medida posible y difundir sus resultados tanto a los encargados de elaborar las políticas como al público en general; y
- Los donantes internacionales deben apoyar el trabajo de las ONG dedicadas a la promoción de reformas legales y políticas dirigidas a incrementar el acceso a servicios de aborto seguros y legales.

En los países en los que las leyes de aborto son liberales:

- Los Estados han de trabajar para asegurar el acceso a servicios de aborto de alta calidad a todas las mujeres, independientemente de su edad, ingresos, estado civil o nivel de educación;

-
- Los programas nacionales de salud deben integrar servicios de aborto a sus programas de salud reproductiva existentes; los costos de esos servicios deben ser proporcionales a los de otros procedimientos médicos;
 - Los Estados deben establecer mecanismos de reparación a las mujeres a las que se ha negado el acceso a servicios de aborto;
 - Las ONG tienen que trabajar para asegurar que las mujeres y los proveedores de salud sean conscientes de que el aborto está permitido por ley;
 - Las ONG deben emprender campañas de educación pública para informar al público de los requisitos legales y reglamentarios para conseguir un aborto;
 - Las ONG también deben establecer coaliciones amplias para supervisar la aplicación de las leyes y de los servicios de aborto y trabajar para asegurar que las mujeres que no pueden acceder a servicios de aborto legal tengan reparación legal; y
 - Las asociaciones de planificación familiar y otros proveedores de salud reproductiva deben trabajar para asegurar servicios de aborto seguros y de alta calidad a todas las mujeres.

Capítulo 4

VIH/SIDA Y OTRAS ITS¹⁹⁷

“El VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual, cuyo contagio es a veces consecuencia de la violencia sexual, tienen efectos devastadores en la salud de la mujer, en particular de las adolescentes y jóvenes. Las mujeres no suelen tener el poder necesario para insistir en que se adopten prácticas sexuales libres de riesgo y tienen un acceso reducido a la información y a los servicios de prevención y tratamiento. Las mujeres, que representan la mitad de los adultos que contraen el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, han hecho hincapié en que su vulnerabilidad social y las relaciones de poder desiguales entre la mujer y el hombre constituyen obstáculos para el sexo libre de riesgos, en sus esfuerzos por reducir la propagación de las enfermedades de transmisión sexual. Las consecuencias del VIH/SIDA no sólo afectan a la salud de la mujer, sino también a su función de madre y encargada del cuidado de otros y a su contribución al apoyo económico de su familia. Es preciso examinar desde la perspectiva de género los efectos del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en la sociedad, el desarrollo y la salud”.

Plataforma de Acción de Beijing, párrafo 98.¹⁹⁸

“Las cuestiones relativas al VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por el contacto sexual tienen importancia vital para el derecho de la mujer y la adolescente a la salud sexual. Las adolescente y las mujeres adultas en muchos países carecen de acceso suficiente a la información y los servicios necesarios para garantizar la salud sexual. Como consecuencia de las relaciones desiguales de poder basadas en el género, las mujeres adultas y las adolescentes a menudo no pueden negarse a tener relaciones sexuales ni insistir en prácticas sexuales responsables y sin riesgo. Prácticas tradicionales nocivas, como la mutilación genital de la mujer y la poligamia, al igual que la violación marital, también pueden exponer a las niñas y mujeres al riesgo de contraer VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual. Las mujeres en la prostitución también son especialmente vulnerables a estas enfermedades [...]”.

Recomendación General del CEDAW sobre Mujeres y Salud, párrafo 18.¹⁹⁹

I. Introducción

Se calcula que aproximadamente 33.6 millones de hombres, mujeres y niños y niñas en todo el mundo viven con VIH/SIDA.²⁰⁰ Sólo en el transcurso de 1999, unos 5.6 millones de personas –2.3 millones de ellas mujeres– se infectaron de VIH, el virus causante del SIDA.²⁰¹ En África, donde el VIH se transmite primordialmente a través del contacto heterosexual, las mujeres se están infectando a un ritmo superior al de los hombres.²⁰² Además, estudios recientes indican que la tasa del VIH/SIDA está aumentando más rápido entre las mujeres jóvenes que entre los hombres jóvenes en países de ingresos bajos.²⁰³ En **Uganda**, por ejemplo, la tasa de infección del VIH de mujeres adolescentes entre 13 y 19 años es tres veces superior a la de los muchachos adolescentes.²⁰⁴

El impacto del VIH/SIDA en las mujeres es una de las preocupaciones de salud reproductiva más apremiantes de nuestro tiempo. Como el papel subordinado de las mujeres en la sociedad eleva su riesgo de infección del VIH, los Estados deben abordar esta epidemia con una perspectiva de género. Las estrategias de prevención del VIH que no toman en cuenta las necesidades especiales de las mujeres violan el derecho humano de las mujeres a la no discriminación en el disfrute de los derechos a la salud y a la vida. Asimismo, si bien la discriminación a las personas con VIH/SIDA afecta a ambos sexos, las mujeres con VIH/SIDA tienen que lidiar además con una discriminación de género generalizada que las margina por partida doble.²⁰⁵ Por lo tanto, los Estados deben trabajar para

minimizar el impacto de la enfermedad en la capacidad de las mujeres de gozar de todos sus derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales. En este capítulo examinamos la salud y los derechos de las mujeres en relación con el VIH/SIDA, revisando los tipos de perspectivas legales y políticas que se han asumido hasta la fecha. Analizamos una muestra de los progresos en varios países del mundo desde 1995 y damos algunas recomendaciones en relación con la aprobación de políticas de prevención y tratamiento de VIH/SIDA sensibles al género y con la reforma de leyes que discriminan a las personas que viven con VIH/SIDA.

II. Derechos de las mujeres y VIH/SIDA

A. Discriminación en la prevención de la infección del VIH

El derecho internacional garantiza a mujeres y hombres el disfrute igual de los derechos a la vida²⁰⁶ y al “más alto nivel posible de salud física y mental”.²⁰⁷ Pero desigualdades sociales generalizadas niegan estos derechos a muchas mujeres, como lo revela el creciente impacto del VIH/SIDA en las mujeres. Por razones fisiológicas, las posibilidades de que las mujeres se infecten a través del contacto heterosexual son más altas que en los hombres. Un agravante de esta vulnerabilidad fisiológica es la subordinación social que muchas mujeres enfrentan en las esferas económica, social, civil y política.

La Plataforma de Beijing reconoce que la subordinación social de las mujeres y las relaciones de poder desiguales con los hombres son determinantes clave de su vulnerabilidad al VIH/SIDA.²⁰⁸ La Plataforma observa que las mujeres muchas veces no tienen “el poder necesario para insistir en que se adopten prácticas sexuales libres de riesgo y tienen un acceso reducido a la información y a los servicios de prevención y tratamiento”.²⁰⁹ Además, las mujeres corren un riesgo mayor de abuso sexual²¹⁰ y pueden estar sometidas a prácticas tradicionales nocivas que afectan su salud reproductiva, incluidos el matrimonio forzoso y la CF/MGF.²¹¹ Adicionalmente, muchas mujeres carecen de acceso a servicios de calidad de atención a su salud reproductiva y esto puede dar lugar a que no se detecten las ITS, lo cual hace que estas mujeres sean fisiológicamente más susceptibles de contraer el VIH.²¹²

Las adolescentes corren mayores riesgos que las exponen a la infección del VIH, como la explotación sexual, la iniciación sexual temprana, la incapacidad para negociar sexo seguro con sus parejas, la presión social, la falta de educación sexual, la falta de acceso a condones (en particular condones femeninos) y la falta de servicios de salud reproductiva.²¹³ En algunas partes de África, los hombres infectados de VIH van tras muchachas adolescentes porque creen que el sexo con una virgen les curará la infección.²¹⁴

A la luz del impacto de la pandemia del VIH/SIDA en las mujeres, sus derechos humanos a la vida, la salud y a estar libres de discriminación de género exigen que los Estados adopten medidas para abordar las causas de la vulnerabilidad de las mujeres al VIH/SIDA. Como el CEDAW ha declarado: “Los Estados Partes [deberían intensificar] las medidas de difusión de información para enterar al público del riesgo de infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el SIDA, sobre todo para las mujeres y los niños, así como los efectos que acarrearán para éstos”.²¹⁵ Además, “los programas de lucha contra el SIDA, presten especial atención a los derechos y necesidades de las mujeres y los niños y a los factores que se relacionan con la función de reproducción de la mujer y su posición subordinada en algunas sociedades, lo que la hace especialmente vulnerable a la infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)”.²¹⁶

B. Discriminación a mujeres que viven con SIDA

Como las leyes y costumbres de muchos países niegan a las mujeres el disfrute igual de sus derechos humanos, las mujeres están especialmente afectadas por la discriminación con la que se suele tratar a las personas que viven con VIH/SIDA. El sistema legal puede ofrecer pocos recursos a las mujeres para reivindicar sus derechos y de esta manera protegerse de la discriminación y los ataques de miembros de su familia o comunidad. Por ejemplo, cuando leyes discriminatorias niegan a las mujeres el derecho a la propiedad, la mujer con VIH/SIDA que se ve obligada a abandonar su hogar no tiene ningún recurso legal para reclamar.²¹⁷ Asimismo, en países que no reconocen ni persiguen delitos cometidos por miembros de la familia, la mujer con VIH/SIDA de la que su esposo abusa puede tener poca protección del Estado.²¹⁸

El impacto de estas fuerzas discriminatorias combinadas sobre el disfrute de las mujeres de sus derechos humanos ha sido reconocido por una serie de organismos internacionales de derechos humanos. La Comisión de Derechos Humanos, el órgano principal de derechos humanos de las NU, emitió una resolución en 1999 invitando a los Estados a tomar "todas las medidas necesarias para eliminar la estigmatización y la discriminación contra las personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA, en particular las mujeres, los niños y los grupos vulnerables, a fin de que las personas infectadas que confiesen su infección por el VIH, las presuntamente infectadas y otras personas afectadas estén protegidos contra la violencia, la estigmatización y otras consecuencias negativas".²¹⁹ De manera similar, el CEDAW ha aconsejado a los Estados que incluyan en sus informes "información acerca de los efectos del SIDA sobre la situación de la mujer y las medidas adoptadas para impedir la discriminación contra las mujeres afectadas por el virus de inmunodeficiencia humana o por el SIDA".²²⁰

III. Acciones de los Estados para abordar el problema del VIH/SIDA

Como la diseminación del VIH/SIDA depende tanto de factores sociales como de factores fisiológicos, los esfuerzos por prevenir el VIH se deben concentrar en incrementar la capacidad de todos los miembros de la sociedad para protegerse contra la infección. Asimismo, los Estados deben intervenir para proteger los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA.

Hay una serie de Estados que han concebido políticas nacionales de carácter amplio para hacer frente al VIH/SIDA. Muchas de ellas tienen un componente de género y se centran en las necesidades especiales de las mujeres. Por ejemplo, el Ministerio de Salud en **Tanzania** emitió una política en 1995 enumerando estrategias para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA y divulgando los derechos de las personas con VIH/SIDA. La política aborda específicamente cuestiones de SIDA y género en una sección en la que requiere que se brinde a las mujeres educación básica sobre sus cuerpos, sexualidad humana, VIH/SIDA y otras ITS.²²¹ En **México**, el Programa de Prevención y Control del SIDA forma parte integral del Plan de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. La política del gobierno se propone reducir la morbilidad y la mortalidad resultantes de la enfermedad e incrementar el acceso a servicios de información, diagnóstico, prevención y control mediante programas de comunicación, acciones preventivas y tratamiento del SIDA en servicios de salud primaria.²²²

Algunos países han promulgado leyes y políticas que definen los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA. Por ejemplo, en **Guatemala**, los derechos y las obligaciones de las personas que viven con VIH/SIDA están definidos por la ley. De acuerdo con esta ley, están prohibidas las pruebas sanguíneas como requisito para obtener bienes o servicios, para tener acceso a instituciones educativas o para obtener tratamiento médico. Además, los resultados de las pruebas sanguíneas son estrictamente confidenciales. Están protegidos los derechos de todas las personas a tratamiento digno y respetuoso y está prohibida la discriminación de las personas por su condición de VIH positivas.²²³

Desafortunadamente, en muchos países, leyes y prácticas discriminatorias siguen violando los derechos de las personas con VIH/SIDA. En **Kenya**, por ejemplo, el SIDA y el VIH han sido considerados “enfermedades infecciosas” de acuerdo con la Ley de Salud Pública. Esto faculta a funcionarios médicos a realizar acciones como entrar en predios donde se supone que los habitantes han estado expuestos a la “enfermedad infecciosa” y examinar a cualquiera que esté en el lugar.²²⁴ Un funcionario médico también puede sacar a una persona de un hospital o confinarla en otro lugar de aislamiento y detener a la persona hasta que se deje de considerar que constituye un peligro para el público.²²⁵ Este tipo de medidas pueden violar impropriadamente los derechos civiles de las personas que viven con VIH/SIDA y pueden perpetuar mitos respecto a la manera en que se transmite el VIH.

En **Uganda**, como en muchos otros países, la ley no habla de una serie de cuestiones relacionadas con los derechos de las personas que viven con VIH/SIDA.²²⁶ En consecuencia, muchas son castigadas y discriminadas por sus familias, sus comunidades y sus patronos. Es bastante frecuente que una empleada o empleado sea despedido de su trabajo por ser VIH positivo.²²⁷ No se han aprobado leyes que impulsen la prohibición de este tipo de discriminación.

IV. Desarrollos desde 1995

A partir de 1995, en respuesta a la difusión de la pandemia, muchos Estados han tomado iniciativas legislativas, políticas y programáticas para impedir la transmisión e impulsar el tratamiento del VIH/SIDA, así como para hacer frente a la discriminación de las personas que viven con VIH/SIDA. A continuación damos algunos ejemplos de estos avances:

- El gobierno de **Zimbabue** ha tratado de combatir el VIH/SIDA a través de una serie de programas de alcance local. Por ejemplo, en Mutare, población de la frontera oriental donde se calcula que aproximadamente 37% de las mujeres embarazadas son VIH positivas, los programas incluyen el tratamiento de las ITS, el rastreo de contactos de las pacientes, un programa de educación de parejas sobre VIH, llegar a las trabajadoras sexuales comerciales, la distribución de 150 mil condones al mes y un programa de atención en los hogares.²²⁸
- En 1999, el Ministerio de Salud de la **Federación Rusa** emitió una orden por la que instituyó centros especiales para niños, niñas y mujeres embarazadas VIH positivas. Estos centros se establecerán en zonas urbanas y contribuirán a que niños, niñas y mujeres supervisen su salud. En los centros también se proveerá capacitación a profesionales para que atiendan las necesidades de las personas VIH positivas.²²⁹

- En 1995, antes de volver a estar bajo el régimen chino, **Hong Kong** aprobó la Ley de Discriminación de la Discapacidad.²³⁰ Esta nueva ley prohíbe las pruebas obligatorias de VIH/SIDA. También hace de la reinstalación en el trabajo un recurso en procesos de discriminación ante los tribunales y amplía en dos años el plazo para llevar casos a los tribunales (excluido el tiempo empleado en procedimientos de conciliación).²³¹
- En **Bolivia**, el gobierno aprobó los Reglamentos sobre la Prevención y Atención del VIH/SIDA en 1996, delimitando los derechos y las obligaciones de personas sanas, infectadas y enfermas.²³² Los reglamentos también establecen que los resultados de las pruebas de VIH/SIDA son estrictamente confidenciales y que se debe proveer servicios de consejería y psicológicos en todos los casos de pruebas. Los reglamentos de VIH/SIDA establecen que las personas infectadas con VIH no pueden ser excluidas de la educación pública o privada, deportes o instituciones culturales. Además, ningún trabajador o trabajadora de la salud en establecimientos públicos o privados puede negar atención médica ni servicios a pacientes internos a una persona con SIDA o que es VIH positiva. Los centros de atención a la salud también están obligados a brindar orientación, información y educación al pueblo boliviano sobre VIH/SIDA.²³³
- En **Polonia**, en 1996, el Ministerio de Salud introdujo el Programa Nacional para la Prevención de la Infección de VIH y la Atención a Personas que viven con VIH/SIDA o sufren del Virus. La principal labor del Programa Nacional es impedir la transmisión del VIH y por lo tanto, disminuir la incidencia de la infección de VIH/SIDA y sus consecuencias socioeconómicas.²³⁴
- En **Colombia** entró en vigor una nueva legislación nacional sobre SIDA a principios de 1997. Esta ley establece el derecho de las personas que viven con VIH/SIDA a recibir medicación antirretroviral a través del sistema nacional de salud.²³⁵
- En noviembre de 1997, los ministros de salud del bloque comercial del MERCOSUR –formado por **Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay**, y los miembros asociados **Bolivia y Chile**- reunieron recursos para adquirir conjuntamente medicinas utilizadas en terapia combinada con la finalidad de reducir el costo del tratamiento hasta un 50%.²³⁶

V. Recomendaciones

- Los Estados deben revisar, reformar y poner en vigor leyes y desarrollar iniciativas con objetivos específicos para combatir prácticas que contribuyen a la propensión de las mujeres a la infección del VIH y de otras ITS. Han de promulgarse y poner en vigor legislaciones que vayan contra cualquier práctica que, o bien incremente el riesgo de las mujeres a contraer la infección, o bien contribuya a la marginación aún mayor de las mujeres que ya están infectadas de VIH/SIDA o de otras ITS.²³⁷
- Los Estados y las ONG deben desarrollar programas eficaces de educación y difusión con el fin de propagar información sobre los riesgos del VIH/SIDA y las medidas que se pueden tomar para evitar la infección.
- Los Estados deben desarrollar leyes, políticas y programas compasivos y solidarios para satisfacer las necesidades de las personas que viven con VIH/SIDA y deberían prohibir

legalmente toda forma de discriminación a esas personas, incluida la discriminación en el acceso a la atención a la salud, la educación y el empleo.²³⁸

- Los Estados deben asegurar que todos los programas de salud sexual y reproductiva, incluidos los servicios de planificación familiar, diagnostiquen y ofrezcan tratamiento del VIH/SIDA y otras ITS, y promuevan y distribuyan condones de alta calidad (incluidos condones femeninos) y tratamiento del VIH/SIDA y otras ITS.²³⁹ Esos programas deben garantizar que los resultados del diagnóstico y cualquier otra información sobre los y las pacientes se mantengan totalmente confidenciales.
- Los Estados deben desarrollar orientaciones y servicios de consejería sobre el VIH/SIDA e ITS dentro de los servicios de atención primaria a la salud²⁴⁰ y asegurar capacitación a trabajadores de la salud para el tratamiento de clientes que viven con VIH/SIDA.
- Los Estados y las organizaciones internacionales deben apoyar y fortalecer la capacidad nacional de crear y mejorar políticas y programas sensibles al género sobre VIH/SIDA y otras ITS. Los Estados y las organizaciones internacionales deben apresurarse a proporcionar recursos y facilidades a mujeres que viven con VIH/SIDA o que son las principales cuidadoras o el principal sostén económico de personas infectadas con VIH/SIDA o que están afectadas por la pandemia, como es el caso de los sobrevivientes, en especial niños y niñas y personas ancianas.²⁴¹
- Los Estados deben ofrecer o aumentar el apoyo económico e institucional para investigación sobre métodos y tecnologías seguros, efectivos, costeables y aceptables para la salud reproductiva y sexual de hombres y mujeres, incluidos métodos para protegerse del VIH/SIDA y otras ITS. Los Estados deben asegurar además que esas actividades se lleven a cabo en estricta conformidad con los niveles legales, éticos, médicos y científicos internacionalmente aceptados para la investigación biomédica.²⁴²
- Los Estados donantes y las organizaciones internacionales deben prestar su asistencia para asegurar el acceso no discriminatorio a tratamientos de medicación, incluidos los medicamentos antirretrovirales.