

Conclusiones

Después de la publicación del informe original de *Mujeres del Mundo* en 1997, la región de Latinoamérica y del Caribe ha continuado el proceso de reforma de leyes y políticas que afectan los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la región. Al igual que en el informe original, el presente capítulo ofrece una mirada comparativa de las distintas iniciativas a nivel de legislación y políticas.

I. MARCO LEGAL Y POLÍTICO

Aunque presentar un análisis de los procesos políticos y económicos de la región no es uno de los objetivos de este reporte, a continuación ofreceremos alguna información que permite contextualizar los procesos de reforma legal en los distintos países estudiados.

Después de la primera etapa de grandes modificaciones sociopolíticas, en Latinoamérica y el Caribe, no se han presentado cambios estructurales a nivel de sistema político y jurídico en los últimos años. Sin embargo, desde 1997, se llevaron a cabo elecciones presidenciales en siete países – Argentina, Colombia, El Salvador, Guatemala, México, Perú y Brasil- lo que implica cambios recientes en los programas de gobierno y las políticas públicas. En Perú y Brasil fueron reelegidos los mandatarios; aunque vale la pena destacar que al momento de publicarse este informe, el Presidente peruano Alberto Fujimori en medio de una crisis política, renunció a su cargo y se convocaron nuevas elecciones para abril de 2001. Asimismo, en julio del 2000 México cambió el curso de su historia política al elegir a un nuevo presidente del partido de oposición (PAN), luego de haber estado gobernado por más de siete décadas por el Partido Revolucionario Institucional (PRI). Tanto Bolivia como Jamaica continúan con la misma composición de gobierno mencionada en el informe anterior.

Es clara la tendencia de la región a continuar con la implementación de las reformas en los sistemas de salud iniciadas a comienzo de la década, a pesar de que obstáculos como la reducción en la inversión social, la crisis económica y financiera, la inestabilidad sociopolítica, la violencia, la pobreza y los desastres naturales, entre otros factores, han hecho este proceso muy lento y han limitado en mayor o menor grado el alcance e impacto de las reformas. Es importante tener en cuenta que muchas de estas reformas se

enmarcaron bajo transformaciones estructurales mucho más amplias que incluyeron en algunos casos cambios constitucionales y renovación de instituciones, dentro de procesos de modernización estatal.

Por otra parte, dentro del proceso de reforma al sector salud que continúa desarrollándose en la región, es notoria la profundización del proceso de descentralización de los servicios, ampliando las redes y la atención en diferentes niveles, el cambio en la composición público-privada del gasto nacional en salud y la inequidad en el acceso a los servicios de salud. Al mismo tiempo es destacable la incipiente tendencia a considerar el tema de la salud como un componente básico del desarrollo y la constante búsqueda de la universalización de la cobertura con servicios de calidad. De hecho, si bien en un primer momento el Estado dejó a un lado su papel de proveedor de servicios para fortalecer su papel de regulador y formulador de políticas públicas, se han identificado algunos aspectos de salud pública que el Estado no puede delegar en los prestadores privados.

En cuanto al progreso de la legislación y práctica jurídica de la región, a pesar de que se han presentado iniciativas concretas en la aplicación de los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, todavía queda un largo camino por recorrer. Los principios establecidos en los tratados y compromisos adquiridos por los estados en materia de derechos de la mujer, que en la mayoría de los países tienen jerarquía constitucional, si bien han empezado a tener efecto en la aplicación de la legislación interna, no han sido suficientemente utilizados en la práctica jurídica como para garantizar la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en América Latina y el Caribe. En Argentina y Colombia, por ejemplo, se ha utilizado el recurso de amparo y tutela respectivamente para buscar la protección judicial del derecho integral a la salud, y en Bolivia el proceso de reforma del Estado ha tratado de promulgar cuerpos legales que incorporen los principios contenidos en las convenciones internacionales. Por otra parte, en Jamaica se ha visto un retroceso en cuanto a que este país sustrajo su ratificación al Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y todavía sigue sin ratificar la Convención de “Belem Do Pará”.

Un avance importante que se debe destacar con relación a la normativa internacional de protección de los derechos de la mujer es la adopción en octubre de 1999 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas

las Formas de Discriminación contra la Mujer — que entró en vigor el 22 de diciembre de 2000— y hará posible que las personas u organizaciones pertenecientes al Estado Parte, puedan llevar sus quejas ante el Comité encargado de vigilar la implementación de la Convención. Hasta el momento de la publicación de este informe, 15 países han ratificado dicho Protocolo y un total de 15 países de la región latinoamericana y del Caribe (entre los que se encuentran Argentina, Bolivia, Colombia, Guatemala, México y Perú) han firmado el tratado.

II. SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

El avance en materia de derechos sexuales y reproductivos de la región no ha sido consistente. En general, se observa que muchas de las leyes y políticas de los países han incorporado los compromisos adquiridos por los gobiernos en las Conferencias Mundiales celebradas en El Cairo y en Beijing, mostrando así un cambio de orientación que da mayor relevancia a la perspectiva de los derechos reproductivos como derechos humanos. Es así como aun cuando todavía existen algunas leyes y políticas formuladas en términos de metas demográficas, hay una tendencia a abandonar esta perspectiva y adoptar una que tenga en cuenta los derechos humanos, la calidad de vida, la equidad de género y el desarrollo sostenible. Sin embargo, los servicios continúan sin ser prestados de una manera integral. La prestación, el acceso y la calidad de los servicios es inequitativa, muchas veces parcial y en general refleja las condiciones socioeconómicas de cada país y dentro de estos de cada región. Es así como la mayor inequidad se presenta particularmente en las zonas rurales, áreas marginales, las poblaciones indígenas y aquellas desplazadas por desastres naturales o por la situación de violencia.

Asimismo, si bien se han expedido normas y políticas que buscan atender la salud sexual y reproductiva de la población en los diferentes países, se observa que la aproximación a temas como el aborto, la violencia sexual y el acceso de adolescentes a información y servicios de salud sexual y reproductiva continúa en muchos países sin un marco legal y de políticas consistente que refleje un compromiso frente al ejercicio de los derechos reproductivos de la mujer. Es decir que a pesar de la evidente tendencia a emitir normas y políticas que buscan mejorar la prestación de los servicios de salud, no hay una conciencia clara de que el empoderamiento de la mujer, como factor condicionante de su desarrollo político,

económico y social, depende en gran medida de la capacidad que tenga para decidir cuándo y cuántos hijos tener. De hecho a pesar de la existencia de normas relativas a los servicios de salud sexual y reproductiva, no se observa el manejo de un concepto claro de estos como derechos, ni de parte de los proveedores de los servicios ni de parte de los usuarios.

A. LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS SOBRE SALUD

Los nueve países estudiados continúan desarrollando la reforma al sistema de servicios de salud, siguiendo las mismas características mencionadas en el informe anterior y la tendencia regional hacia la descentralización y fomento de la participación del sector privado en la prestación de los servicios de salud. En este sentido, se ha buscado fortalecer este proceso mediante la elaboración de la normativa legal necesaria y la formulación de planes que logren una mayor equidad y calidad en los servicios de atención de salud, y que a su vez aseguren su acceso a todos los sectores de la población. Es así como se ha propiciado la promulgación de nuevas normativas, como en el caso de Guatemala donde se promulgó un nuevo Código de Salud y de México donde se modificó la Ley General de Salud y el Instituto Mexicano del Seguro Social. También se promulgaron nuevas leyes sobre seguros en Brasil y Bolivia que amplían la cobertura de servicios. Igualmente se ha buscado elevar la productividad del sector y controlar los costos financieros, para lo cual se ha promovido una concordancia entre los sistemas públicos y privados, incluyendo también a las organizaciones no gubernamentales.

En la mayoría de los casos el Ministerio de Salud continúa con su papel de administrador de las políticas de salud, reglamentando su contenido. En Argentina este ministerio ha abandonado su función de atención a la salud que se ha transferido a las distintas entidades de nivel provincial o municipal, mientras que en Jamaica, el proceso de descentralización llevó al establecimiento de cuatro entidades regionales para la administración de los servicios de salud de la nación.

En Guatemala se crearon nuevas instituciones de salud como el Consejo Nacional de Salud, y continúa funcionando el Sistema Integral de Atención en Salud, cuyos tres niveles de atención prestan servicios de salud con la participación de ONG. Asimismo, en Bolivia los servicios de salud tienen un nuevo modelo de organización y gestión compartido que incluye a la Secretaría de Salud, las prefecturas de departamento, los gobiernos municipales y también a las ONG.

En El Salvador, se ha criticado al Ministerio de Salud y al

seguro social debido a su papel predominantemente curativo y por su estructura compleja y centralista. Del mismo modo en Colombia, a pesar de contar con un plan de reforma bastante elaborado, su implementación ha sido lenta y difícil.

Con relación al financiamiento de los servicios de salud, si bien según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el establecimiento de un sistema de salud tiene como objetivos: mejorar la salud de la población, responder a las expectativas de los usuarios y usuarias, y proveer protección financiera contra los costos asociados con las enfermedades, los programas de ajuste estructural implementados en distintos países han tenido un fuerte impacto en la reducción de los presupuestos asignados a los servicios sociales, como la educación o la salud, impidiendo el cumplimiento de estos objetivos. Esta situación sumada a la acelerada privatización de los sistemas públicos, han reducido significativamente, de manera general, la calidad y el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de los diferentes países.

En los países estudiados se observan marcadas diferencias en las asignaciones presupuestales para el sector salud. Por ejemplo, en 1998 Bolivia destinó un 1,1% del producto interno bruto (PIB) a la salud, y Guatemala un 1%; mientras que Argentina designó 2,4% y Colombia 5%.

La legislación sobre los profesionales de la salud, continúa siendo regulada en su mayoría por los Códigos de Ética y por las respectivas disposiciones del Código de Salud. En algunos países se han adoptado normativas específicas que regulan la profesión médica en determinadas áreas, como es el caso de Perú con la expedición en 1998 de una normativa para “calificar” a los médicos cirujanos en la práctica de anticoncepción quirúrgica voluntaria, tanto femenina como masculina.

Además de estas normas, algunos países cuentan también con distintos mecanismos de participación y control social que a su vez generan políticas específicas a nivel nacional como en el caso del Consejo Federal de Salud en Argentina, integrado por autoridades sanitarias nacionales y de las distintas jurisdicciones de ese país. En Brasil, dentro del mercado de seguros, la Superintendencia de Seguros Privados se encarga de la supervisión y el control de los servicios privados de salud, mientras que en Guatemala el nuevo Código de Salud establece una dirección general de regulación, vigilancia y control de la salud, aún en proceso de consolidación.

En cuanto a los derechos de los pacientes, no se observan mayores cambios en las legislaciones existentes, salvo en el caso de Guatemala, donde el nuevo Código de Salud estableció los Comités de Bioética, que buscan otorgar a los usuarios de servicios de salud un mayor papel en la toma de

decisiones que afectan su salud. Igualmente, en 1999, Perú puso en vigencia la Norma sobre Planificación Familiar, que regula la orientación y consejería en el área de anticoncepción quirúrgica voluntaria, con la finalidad de asegurar el consentimiento informado de las mujeres; una normativa similar fue aprobada en El Salvador.

B. POBLACIÓN, SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En el área específica de legislación y políticas sobre población, no se presentan modificaciones. Tanto Argentina como El Salvador no cuentan aun con una política de población, mientras que Colombia prevé la adopción de una política nacional de población y desarrollo. Por otra parte, vale la pena resaltar el caso de Bolivia, que reconoce que el tema de la población no debe enfocarse solamente desde una perspectiva demográfica sino como un elemento de desarrollo; al igual que el de Perú, donde la política de población incluye entre sus objetivos una perspectiva de género en la atención a la salud.

En general, en los nueve países estudiados se han producido cambios en cuanto a las políticas de salud sexual y reproductiva y en algunos países entraron en vigencia nuevas leyes que afectan directamente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. La mayoría de los programas de salud sexual y reproductiva de la región varían en cuanto a contenido programático, pero contienen objetivos similares entre los cuales se encuentra la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad materna e infantil. Sin embargo, en la mayoría de los casos dichos objetivos carecen de un enfoque integral que proteja la salud y los derechos de las mujeres. Adicionalmente es importante señalar que a excepción de México, todos los países muestran una tendencia a dirigir los programas y políticas de salud reproductiva a las mujeres, omitiendo involucrar a los hombres en ellos.

En el caso de Guatemala se promulgó en 1999 la Ley de Dignificación y Promoción Integral de la Mujer, que incluye entre sus disposiciones, la obligación del gobierno de desarrollar programas y mecanismos para proveer a las mujeres servicios de “salud integral”, y en la definición de éste término, incluye elementos del Programa de Acción de la Conferencia Mundial de El Cairo. A su vez Jamaica adoptó la definición de salud reproductiva de esta misma Conferencia y actualizó sus políticas utilizando criterios de máxima calidad en la atención a la salud reproductiva, incluyendo la ampliación y transformación del Comité Coordinador de Planificación Familiar. En el caso de México, vale la pena destacar la creación de un grupo interinstitucional compuesto por organizaciones del Estado y varias ONG de la sociedad

civil. Este grupo puede proponer, elaborar y vigilar el cumplimiento de las políticas, normas oficiales mexicanas y procedimientos para los programas de salud reproductiva y fomentar temas de investigación. En el caso de Argentina, que cuenta con un sistema federal, algunas provincias han adoptado programas de procreación responsable. Asimismo se registra la promulgación de una nueva ley de salud reproductiva que regula el acceso gratuito a información y a métodos anticonceptivos reversibles, así como a servicios de prevención de embarazos y de infecciones de transmisión sexual para los hospitales públicos de la ciudad capital.

En cuanto a normativas que regulan la tecnología dentro del área reproductiva, no se observa un gran avance en la materia. Se debe resaltar el caso de Argentina donde fue aprobado un Proyecto de Ley sobre Reproducción Humana Asistida por la Cámara de Senadores, el cual prevé una gran cantidad de controles y crea una institución de fiscalización y control. En otros países se está comenzando a legislar en esta área, como es el caso de Jamaica, donde en diciembre de 1999 se comenzó a discutir la regulación de la fertilización *in vitro*. También se debe señalar que en Guatemala, el Código Penal introduce el delito de experimentación que penaliza a aquel que sin consentimiento de la mujer procurare su embarazo, utilizando técnicas médicas o químicas de inseminación artificial que no hayan sido aprobadas. Así mismo, el Código Penal Colombiano expedido en julio de 2000 introduce los delitos de manipulación genética, repetibilidad del ser humano y fecundación y tráfico de embriones humanos.

C. ANTICONCEPCIÓN

Los métodos anticonceptivos siguen siendo legales en todos los países de la región; en general se promueve el uso de anticonceptivos reversibles o transitorios, que no sean abortivos. En algunos países –como en Colombia, El Salvador y Perú – entraron en vigencia normativas que regulan la prestación de servicios de planificación familiar: consejería necesaria para el uso de métodos anticonceptivos, distribución de métodos anticonceptivos para los y las adolescentes y exámenes físicos. Por otra parte en Jamaica, el gobierno autorizó la venta de anticonceptivos sin receta médica.

Ningún país prohíbe el uso de la anticoncepción de emergencia; sin embargo su uso varía de país a país, y se observa de manera general, una falta de difusión de información y poco o errado conocimiento sobre la utilización de este método anticonceptivo como método para la prevención de embarazos no deseados. En varios países a pesar de no estar prohibida, los proveedores no la recetan a sus pacientes por considerarla un método abortivo. En Brasil, se expidieron normas que regulan la oferta de este método en

los casos de violación sexual y en Colombia se aprobó su comercialización.

En el área de la esterilización siguen vigentes las normativas enunciadas en el informe anterior, aunque vale la pena destacar que en Bolivia, Perú y El Salvador, las nuevas normas establecen una serie de requisitos para asegurar el consentimiento informado de las usuarias y los procedimientos necesarios que deben seguir los establecimientos de salud para garantizar niveles de seguridad y calidad en las intervenciones. En Bolivia, se emitió en 1998 la Norma de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria y en Perú en 1999 entró en vigencia la Norma de Planificación Familiar para regular el servicio de esterilización femenina. La normativa respectiva en El Salvador también incluye procedimientos para garantizar la efectividad de la consejería. En México la promoción de los servicios de vasectomía sin bisturí, en las unidades del primer nivel de atención, condujo a una disminución en los índices de esterilizaciones femeninas.

D. ABORTO

El aborto en Latinoamérica y el Caribe sigue siendo un grave problema de salud pública y continúa siendo una de las primeras causas de muerte materna a nivel regional. Con respecto a la situación jurídica del aborto, éste continúa siendo ilegal en todos los países estudiados, y en siete de éstos no se presenta ningún cambio en sus legislaciones, salvo en Colombia, El Salvador y en México (en el Distrito Federal).

En el caso de El Salvador, la reforma al Código Penal que entró en vigencia en 1998, elimina las causales de excepción que hacían legal el aborto para estos casos. Asimismo este país aprobó en febrero de 1999, una reforma constitucional que reconoce a la persona humana desde el momento de su concepción. Por su parte en Colombia, el nuevo Código Penal mantiene la tipificación del delito de aborto y aumenta la pena mínima del aborto sin consentimiento, eliminando la posibilidad de excarcelación; también incluye un capítulo sobre lesiones al feto. En México, la legislación del Distrito Federal amplió las excepciones a la penalización del aborto incluyendo los casos en que la salud de la mujer está en peligro y las malformaciones del feto.

En aquellos países que cuentan con excepciones legales bajo las cuales se permite el aborto en casos específicos, se observa que los médicos u hospitales acuden al sistema judicial o remiten a la mujer, para obtener autorizaciones debido a la falta de procedimientos o reglamentación de estas excepciones, lo que en la práctica hace muchas veces imposible el acceso a un aborto legal. En países como México y Bolivia por ejemplo, cuyas legislaciones prevén este tipo de

excepciones, se ha hecho necesario adquirir una orden judicial para llevar a cabo el procedimiento, debido a las “objeciones de conciencia” y a la falta de conocimiento de lo estipulado por la ley, por parte del personal médico. Esta problemática también se ha presentado en Brasil, donde las organizaciones de mujeres se están oponiendo a la aprobación de un proyecto de ley que pretende derogar la norma técnica que regula los servicios de atención para mujeres víctimas de violencia sexual, incluyendo la interrupción del embarazo para casos de violación. Adicionalmente, grupos católicos de derecha han ejercido presión en países como Argentina, El Salvador y México, para promover la eliminación de las excepciones de punibilidad o responsabilidad penal del aborto, o impedir que se aprueben legislaciones menos restrictivas. Finalmente es destacable que en Bolivia, Colombia y México se estén ofreciendo servicios de atención posaborto en los hospitales públicos.

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

No han sido muchos los cambios legislativos en esta área, aunque la problemática del VIH/SIDA sigue siendo alarmante con más de 1.3 millones de personas en la región de Latinoamérica y el Caribe que padecen de VIH/SIDA. Varios países de la región han adoptado políticas específicas con un enfoque en la prevención y tratamiento del VIH/SIDA, mientras que otros lo incluyen dentro de los programas ya establecidos. En Argentina, algunas de las leyes provinciales tienen entre sus objetivos la detección precoz de las ITS e incluyen la prevención del VIH/SIDA y demás ITS mediante la difusión de información y asesoramiento. En Bolivia, aunque las normativas que se refieren al VIH/SIDA no han variado, se aprobó el Subprograma Nacional de Eliminación de la Sífilis Materna y Congénita; y en Colombia la legislación de 1997 creó el Consejo Nacional del SIDA, cuyas funciones también cubren las ITS, al igual que los Comités Intersectoriales de nivel seccional, distrital y local.

En Guatemala, además del decreto que trata el problema del VIH/SIDA como un problema social de urgencia nacional, el nuevo Código de Salud también incluye en su articulado disposiciones al respecto. Del mismo modo existe un anteproyecto de Ley General sobre el VIH/SIDA, así como el proyecto de reforma del Código Penal que también propone la regulación de los crímenes relacionados con el SIDA. En Jamaica la Oficina de Educación de la Salud, trabaja con comunidades y funcionarios públicos para conducir campañas de educación pública sobre VIH/SIDA e ITS en los medios de comunicación, y la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud está prestando servicios de consejería a

nivel comunitario, que incluyen una “línea de ayuda” para cuestiones de VIH/SIDA. En El Salvador en 1999 se creó el Plan Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA 1999-2000 cuyas líneas de acción desarrollan diferentes estrategias para la prevención de la enfermedad a nivel nacional.

III. SITUACIÓN JURÍDICA DE LA MUJER

Uno de los principales problemas que impide el verdadero avance de la condición jurídica de la mujer en las sociedades de cada uno de los países estudiados, ha sido la enorme distancia que existe entre los derechos otorgados y la implementación de legislación vigente. Desde 1997 –y siguiendo la tendencia que estuvo presente durante la década pasada– continúan ocurriendo importantes desarrollos normativos y de políticas públicas que buscan promover los derechos de las mujeres.

Si bien las mujeres en estos países aún no alcanzan igualdad jurídica plena, se observa la eliminación de normas discriminatorias de los códigos tanto penales como civiles en algunos de los países como Argentina, Perú y México, y al mismo tiempo continúan existiendo normas discriminatorias en la legislación civil de Brasil, Bolivia, y Guatemala y en la legislación laboral de los dos últimos. Del mismo modo vale la pena destacar la introducción de normas y desarrollos jurisprudenciales que buscan eliminar la discriminación, no sólo de género sino también por raza, etnia, posición socioeconómica y orientación sexual.

En México fue sancionada la normativa que introduce el delito de discriminación, el cual incluye la discriminación por orientación sexual, y en Brasil fue aprobada una ley que reglamenta el acceso de las mujeres al mercado laboral, sancionando prácticas discriminatorias; en la Provincia de Buenos Aires se introduce como norma constitucional el derecho a ser diferente, el cual incluye la prohibición de la discriminación por raza, etnia, género y orientación sexual. En Colombia merece destacarse el activo rol que ha desempeñado la Corte Constitucional en la protección del derecho a la igualdad y no discriminación: en 1998 declaró inconstitucional una ley que permitía despedir a docentes por ser homosexuales o lesbianas, emitió un fallo declarando que las escuelas religiosas no pueden discriminar a sus

alumnos/alumnas por ser homosexuales, y en marzo de 2000 declaró exequible una ley que exige que un mínimo de 30% de los cargos públicos sean ocupados por mujeres.

Si bien se ha continuado con el desarrollo de normativas que impulsan el reconocimiento del derecho a la igualdad y la no discriminación, serios problemas subsisten en cuanto a su aplicación. Ello se refleja por ejemplo en el hecho que los salarios promedios de las mujeres continúan estando por debajo de aquel percibido por los hombres, situación que se agrava en las zonas rurales de estos países.

Aunque no es generalizado en los países estudiados, el impulso dado a medidas de acción positiva para promover la participación política de las mujeres, demuestra que en algunos países se reconoce que el fortalecimiento de la democracia requiere una mayor participación de las mujeres en la toma de decisiones, participación que no se agota con el mero ejercicio del sufragio. En este sentido, se destaca en Colombia la ley adoptada en 1999 que incorpora acciones positivas para lograr la igualdad real en la participación en la administración pública. Mediante esta norma se exige que un mínimo de 30% de los cargos públicos de alto nivel en Colombia sean ocupados por mujeres. Asimismo en 1997 fue sancionada en Brasil la ley de elecciones que garantiza un mínimo de representación de 30% a cada sexo en el número de vacantes para candidaturas en cada partido.

Dentro de las acciones para impulsar la promoción de la mujer, continúa dándose impulso a las instancias encargadas de promover los derechos de la mujer señaladas en el informe anterior. En algunos casos se han creado nuevas instancias, como la creación de las "áreas de la mujer" en Argentina, o se han fortalecido las antiguas, como en Guatemala, México y Bolivia. En el Perú, la Defensoría Especializada en los Asuntos de la Mujer ha jugado un papel relevante en la denuncia de casos de violación a los derechos reproductivos de la mujer. En suma, la poca asignación de recursos no permite una ejecución efectiva de estos planes y por tanto continua siendo una debilidad de las instancias creadas para la promoción de la mujer y los programas que tienen a su cargo.

La violencia contra la mujer sigue siendo un problema de considerable gravedad en todos los países estudiados. En estos se observa una tendencia a ajustar la legislación penal en materia de violencia sexual, reformando las categorías de los bienes jurídicos protegidos y los tipos penales, para ampliar las conductas punibles o para que el proceso penal atienda esta problemática de manera eficaz. Este es el caso de Argentina, Colombia, México, Guatemala y Perú. En Brasil y en Jamaica se estudian reformas para abordar la problemática de la violencia sexual y la necesidad de que la reglamentación responda a esta situación. Es importante resaltar que en

Colombia el nuevo Código Penal introduce los delitos sexuales contra bienes y personas protegidos por el derecho internacional humanitario.

Con relación a la violencia doméstica, respecto de la cual para 1997 existían normativas en casi la totalidad de los países, debe destacarse que en Brasil aun no se ha adoptado legislación especial para abordar la violencia contra las mujeres en el ámbito de las relaciones familiares, y en países como Guatemala no se ha reglamentado la Ley para asegurar su adecuada implementación, la cual debe abordar la violencia de género no sólo como un problema de salud. Asimismo se observa que las normativas de muchos de los países que se encontraban implementando la legislación contra la violencia doméstica desde mediados de la década pasada, no eran eficaces en abordar el problema y proteger a la víctimas de violencia doméstica. Es por esto que se observa un esfuerzo por adecuar dichas normativas para que respondan de manera más adecuada a esta problemática.

Sin embargo, algunas de estas normas continúan presentando problemas similares: en países como Perú, El Salvador y Brasil privilegian la conciliación entre las partes, contribuyendo al proceso de despenalización de la violencia intrafamiliar, o continúan utilizando categorías neutras o que no tienen en cuenta la especificidad de género o se le aborda como un problema de salud pública exclusivamente. Asimismo, diferentes organizaciones que han trabajado con la aplicación de esta normativa manifiestan que en algunos casos las víctimas son atendidas por personal policial inexperto, en lugares que no garantizan la privacidad, en muchos lugares subsiste el desconocimiento de las leyes, continúan sin existir lugares especializados en el tema, y no hay mecanismos de seguimiento que permitan constatar el cumplimiento de las sanciones impuestas.

A. DERECHOS CIVILES DENTRO DEL MATRIMONIO

Continúa la tendencia hacia la reforma de la legislación civil para lograr la igualdad de derechos entre los cónyuges en el matrimonio. Es así como en Guatemala se eliminaron algunas disposiciones discriminatorias del Código Civil, confirmando la representación conyugal y administración del patrimonio conyugal a ambos cónyuges así como el cuidado de los hijos menores. Es importante señalar que se derogó la norma que daba la facultad al esposo de oponerse a que la mujer trabajara fuera del hogar cuando a su criterio ello implicara el descuido de las labores domésticas. En Perú se eliminaron las restricciones que se imponían a la mujer que deseaba casarse una vez disuelto el vínculo anterior y se equiparó la edad mínima de hombres y mujeres para contraer matrimonio. En México, con la reforma al Código Penal del D.F., se introduce

la violencia familiar como causal de divorcio, y en Colombia se eliminan los tipos penales de bigamia y matrimonio ilegal.

De manera general, persisten normas discriminatorias señaladas en el informe anterior, en la legislación civil de Bolivia, Argentina y Brasil.

B. DERECHO SOCIOECONOMICOS

Acceso a la propiedad y al crédito

En los nueve países no ha habido mayores esfuerzos por fomentar el acceso a la propiedad y al crédito por parte de las mujeres, aunque en la mayoría no existen restricciones legales. Deben destacarse sin embargo algunos esfuerzos en este sentido: en Guatemala fue modificada la normativa civil en lo referente a la administración de la propiedad conyugal, que era otorgada a los hombres y que por tanto elimina la limitación que existía para que las mujeres pudieran formalmente tener, transferir, heredar propiedad, así como tener acceso al crédito. En Brasil, se está revisando un proyecto de ley para reformar el Código Civil en lo relacionado con el derecho sucesoral que discrimina a las mujeres y en Jamaica se está estudiando un proyecto de ley de propiedad familiar que busca proporcionar una distribución más equitativa de la propiedad después de la ruptura del matrimonio.

Derechos laborales

En tres de los países estudiados ocurrieron importantes cambios normativos que buscan proteger los derechos laborales de las mujeres: en Brasil fue aprobada una ley que reglamenta el acceso de la mujer al mercado laboral, sancionando las actitudes discriminatorias y estableciendo medidas de protección a la mujer embarazada. En Perú se introdujo legislación que protege a la mujer embarazada de despidos injustificados y que restituye el permiso de lactancia materna. En Argentina se introdujo la ley de reforma laboral que introduce la figura de despido discriminatorio y se puso en marcha el Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Varones y Mujeres en el Mundo Laboral.

Debe notarse que continúa existiendo discriminación a nivel legal y salarial en los países estudiados. En efecto, subsisten normas discriminatorias en Guatemala y en Bolivia en donde el Código de Trabajo de ambos países, agrupa a las mujeres en la misma sección de los menores de edad. Continúa sin concederse protección a la mujer contra la discriminación en el empleo en Bolivia y Jamaica. Asimismo en la región el sueldo promedio de las mujeres sigue siendo menor que el de los varones. Es así como se estima que en Bolivia, por trabajos similares, el sueldo promedio de la mujer es la mitad del de los varones y en El Salvador y Argentina representa aproximadamente el 70% del salario devengado por los hombres.

Acceso a la educación

No se han presentado cambios normativos o impulso a políticas distintas en materia de educación para las mujeres. Debe resaltarse que la tasa de analfabetismo en Guatemala y El Salvador continúa siendo bastante alta en la región: en Guatemala la tasa de analfabetismo es de 39% y en El Salvador de 20%, y dentro de estos países las zonas rurales tienen una mayor tasa de analfabetismo con relación a las zonas urbanas.

Instancias para la mujer

De manera general, se observa en todos los países estudiados la continuidad de las instancias dedicadas a la promoción de los derechos de la mujer, sin embargo continúan teniendo recursos limitados. En algunos casos se han creado nuevas instancias y en otros casos se han transformado. En México, se creó la Coordinación General de la Comisión de la Mujer (CONMUJER), encargada de impulsar la aplicación de estrategias y acciones para promover los derechos de la mujer, en Jamaica se aprobó la creación de la Comisión de Género y Equidad Social, para abordar temas de equidad de género, aunque no ha habido recursos para crearla. En Guatemala la Secretaría de Asuntos Sociales de la Esposa del Presidente fue creada para impulsar programas de desarrollo social en beneficio de la mujer y en Bolivia el Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia reemplazó a la subsecretaría de Asuntos de Género.

En Perú el Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDEH) continúa encargado de la promoción de programas en beneficio de la mujer, y la Defensoría especializada en los derechos de la mujer, continúa cumpliendo una importante labor en la investigación de violaciones a los derechos humanos de la mujer. En Argentina continúa el CONAMU como instancia de promoción de los derechos de la mujer, así como la Subsecretaría de la Mujer que tiene a su cargo el seguimiento y la auditoría del cumplimiento de las obligaciones internacionales de Argentina en materia de derechos de la mujer. Asimismo se han creado oficinas de la mujer en las distintas provincias, destinadas desarrollar políticas de promoción de la mujer.

Si bien en todos los países se ha dado continuidad o se han creado instancias para la promoción de la mujer, en Colombia ese no ha sido el caso. En este país, la instancia de promoción de la mujer, la Dirección Nacional para la Equidad de la Mujer, fue transformada en Consejería Presidencial para la Equidad de la Mujer, lo cual ha resultado en la pérdida de independencia y jerarquía institucional de la instancia que a nivel nacional debe velar por la promoción de los derechos de la mujer.

C. DERECHO A LA INTEGRIDAD FÍSICA

Violencia sexual

En algunos países se están estudiando o han ocurrido importantes modificaciones a la legislación penal para el tratamiento de los delitos contra la libertad sexual, las cuales se centran fundamentalmente en la redefinición del bien jurídico protegido y de algunos tipos penales, el fortalecimiento de las garantías procesales para las víctimas de violencia sexual, y el aumento de las penas asignadas a algunos delitos. En Argentina se promulgó legislación que sustituye el título de delitos contra la honestidad por el de “Delitos contra la Integridad Sexual” y se modifica el enfoque y la formulación de los tipos penales. En Colombia se modificó el Código Penal, manteniendo el bien jurídico protegido, la libertad sexual, incluyendo además la protección a la integridad y formación sexuales; asimismo se hace explícita la definición del acceso carnal y se modifican las penas para la mayoría de los delitos sexuales. Así mismo, el Código Penal da aplicación directa al derecho internacional humanitario, al tipificar las conductas de acceso carnal y acto sexual violento y de prostitución forzada y esclavitud sexual, realizadas contra personas protegidas por el derecho internacional humanitario.

En Perú, se introdujo legislación que dispone la acción pública para los delitos contra la libertad sexual y se señala un procedimiento especial para la investigación del delito, que busca proteger a la víctima. En México se modificó el Código Penal del D.F. introduciendo la violación entre cónyuges como delito, y se reformó el tipo penal de abuso sexual para incluir actos sexuales sin el propósito de llegar a la cópula. En Guatemala se modificó el Código Procesal Penal para considerar los delitos sexuales como delitos de acción pública pero dependientes de instancia de parte.

En Jamaica y Brasil se continúan estudiando propuestas de reforma a la normativa penal. En Brasil, merece destacarse que en el estado de Sao Paulo se introdujo legislación que establece la obligación de los servidores de las delegaciones de Policía y Defensa de la Mujer de informar a las víctimas de violación sexual sobre la posibilidad de acceder a un aborto legal, en caso de resultar embarazadas.

En Argentina y Perú se modifica la normativa que eximía de pena al violador por contraer matrimonio con la víctima. Esta normativa aún subsiste en Bolivia, Brasil y Guatemala. Debe señalarse asimismo, que sólo México introduce el delito de violación marital. Este tipo penal que había sido introducido en Colombia, fue declarado inconstitucional mediante sentencia de la Corte Constitucional, considerando que se afectaba el principio de igualdad puesto que en la

legislación penal vigente existe una pena mayor aplicable al delito de violación.

Acoso sexual

En sólo cuatro países se continúa contando con provisiones sobre acoso sexual: Argentina, El Salvador, México y Perú. Dos de estos países modificaron o introdujeron nuevas normas para abordar esta materia. En Argentina se introdujo el acoso sexual como delito, y en la ciudad de Buenos Aires se aprobó una ley que condena el acoso sexual en la administración pública provincial y municipal. En México el acoso sexual fue reformado, para dejar de ser un delito de resultado y para eliminar la exigencia de la subordinación jerárquica. Aunque se han presentado propuestas y proyectos de ley para regular o modificar normas existentes sobre acoso sexual no han sido aprobados en países como Bolivia, Brasil, Guatemala, Jamaica, Perú y Colombia. Aunque en Colombia se omite la tipificación del acoso sexual en el nuevo Código Penal, dentro de esta normativa, el tipo penal de constreñimiento ilegal puede ser interpretado para cubrir el acoso sexual, e incluye como circunstancia de agravación punitiva, la superioridad docente y laboral.

Violencia Doméstica

Como se señaló en el informe anterior, para 1997, en siete países se habían sancionado leyes sobre violencia doméstica. En Brasil continúa sin existir una ley específica en esta materia, y en México no existe aun una ley federal que regule esta materia, aunque fue modificado el Código Penal del D.F. para introducir el delito de violencia intrafamiliar como delito autónomo.

En los últimos años, se observa la introducción de reformas a estas leyes en siete países o el desarrollo de reglamentaciones a la legislación existente, que buscan fundamentalmente, corregir fallas y deficiencias que estas leyes presentaban en su implementación. Algunos países –como Jamaica– están estudiando el impacto de las leyes y sus vacíos para hacer correctivos con normas y programas en un futuro. En Perú se introducen modificaciones a la ley en 1997 y en 1998. Algunas de las reformas introducidas, comprenden la tipificación de agravantes para el delito de lesiones; y se introducen disposiciones sobre la gratuidad y el valor probatorio de los certificados de salud expedidos por diferentes establecimientos médicos nos estatales. En El Salvador se reforma el Código Penal para introducir sanciones penales a los responsables del delito de violencia familiar y sanciones para aquellos que desobedezcan las medidas preventivas cautelares o de protección dictadas por las autoridades en aplicación de la Ley. En Colombia se modifica la Ley de Violencia Intrafamiliar para modificar asuntos de

competencia, para ampliar y dar mayor flexibilidad en la aplicación de las medidas de protección, y para introducir los delitos de violencia intrafamiliar dentro de la normativa penal.

En Bolivia, mediante decreto se regula la provisión de servicios legales integrales y las brigadas de protección a la Mujer y la Familia, y se está aplicando un Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de Víctimas de Violencia Intrafamiliar, que deben regir el protocolo de atención a las víctimas por parte de los servidores de salud. En países como Guatemala, donde se han identificado fallas en la implementación de la reforma, no ha habido respuesta gubernamental a la petición de reglamentos que agilicen su aplicación.

IV. ADOLESCENTES

Salud Reproductiva

La población adolescente en los países estudiados continúa presentando similares problemas a los reportados en el informe original, siendo los más urgentes la alta tasa de embarazo adolescente- por lo general, producto de embarazos no deseados, - el bajo uso de métodos anticonceptivos y el contagio creciente de VIH/SIDA y otras ITS. La población adolescente que habita en las áreas rurales y aquella con menores niveles de instrucción continúa siendo la más afectada por esta problemática. En efecto, de acuerdo con estudios recientes el acceso a métodos de planificación familiar continúa siendo limitado en la población adolescente, en países como Perú y Bolivia; la tasa de fecundidad adolescente ha aumentado en el caso de Brasil, El Salvador y Jamaica. Aun en casos donde hay mayor conocimiento y uso de métodos, hay grandes disparidades en el uso y acceso, dependiendo de la región del país, como es el caso de Argentina. Datos recientes también indican que los matrimonios a temprana edad continúan siendo muy comunes en Bolivia y El Salvador. Es preocupante asimismo el aumento de la incidencia del VIH/SIDA entre la población adolescente en Brasil y Jamaica.

Se observa una tendencia a apoyar el diseño e implementación de planes específicos para abordar la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, los cuales eran casi inexistentes en 1997. En efecto en cuatro de los países estudiados (Argentina, Bolivia, El Salvador y Jamaica), no existían políticas ni programas nacionales para atender la salud reproductiva de la población adolescente. Sin embargo, en años recientes estos países han diseñado planes para abordar dicha problemática. En Bolivia se puso en marcha el Plan Nacional de Desarrollo Integral Sostenible de la Adolescencia

y Juventud 1997-2002 y el Programa Nacional para la Atención Integral de los y las Adolescentes, el cual incorpora un componente de salud sexual y reproductiva. En El Salvador se establecieron las Normas de Atención en Salud para los Adolescentes, priorizando acciones dirigidas hacia adolescentes embarazadas, adolescentes en riesgo de contraer VIH/SIDA y víctimas de violencia, así como la oferta de anticonceptivos. En Jamaica también en 1999 el Ministerio de Salud lanzó un programa de salud sexual y reproductiva para adolescentes, el cual incluye, entre otros, provisión de anticonceptivos, servicios para prevenir embarazos no deseados, y consejería sobre sexualidad, salud reproductiva y violencia contra las mujeres. Algunas leyes provinciales en Argentina han continuado incorporando la atención en la salud sexual y reproductiva de los adolescentes.

En otros países donde sí existían programas para adolescentes fueron reformados o se formularon nuevos planes. En Perú, continúa operando el Plan Nacional para la Atención Integral de la Salud Escolar y Adolescente (1997-2001), en Brasil se crearon programas para abordar temas de orientación sexual, prevención de ITS y VIH/SIDA; en Guatemala se puso en marcha el Programa Nacional para la Atención Integral de los y las Adolescentes; y en México se estableció el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Población Adolescente que tiene dentro de sus objetivos prioritarios la prevención del embarazo no deseado, de las ITS y la protección de los derechos de los y las adolescentes.

Matrimonio

No se presentan modificaciones en esta materia en casi la totalidad de los países. En Perú, se eliminó la norma que diferenciaba entre la edad mínima exigida a hombres y mujeres como requisito para contraer matrimonio sin autorización de los padres, y se expiden regulaciones para reglamentar el matrimonio de menores.

Delitos Sexuales contra Adolescentes y Menores

Dentro de las modificaciones a la normativa penal en distintos países, con particular énfasis en la normativa sobre delitos sexuales, fueron modificados algunos delitos sexuales contra menores. En el Perú se presentaron importantes modificaciones de protección contra la violencia sexual, modificando el Código de los Niños y Adolescentes y expidiendo una ley que establece los derechos de las víctimas de violencia sexual y de manera particular los menores de 14 años. Asimismo, se modificó el Código Penal, el cual agrava las penas de los delitos sexuales cometidos contra menores de 14 años. En Bolivia se disminuye la pena asignada al delito de violación sexual contra menores que no han llegado a la pubertad. En Colombia se eliminó el delito de estupro, y se

modifican las penas asignadas al delito de acceso carnal y actos sexuales abusivos con menores de catorce años, excluyendo la posibilidad de hacer uso del beneficio de excarcelación. También se incluye el delito de turismo sexual, para penar la promoción de actividades turísticas que incluyan la utilización sexual de menores de edad. En el Código Penal del D.F en México se deroga el delito de rapto, y se introducen los delitos de pornografía infantil y de turismo sexual. En Jamaica se continúa estudiando un proyecto de ley que busca reformar algunos tipos penales que afectan a los adolescentes.

Es importante resaltar que si bien a los delitos contra menores continúa asignándoseles penas severas en la normativa penal de los países estudiados, no se han diseñado políticas y programas para erradicar la violencia sexual contra menores tanto en la familia como en la comunidad.

Educación Sexual

Los programas de educación sexual como componente de la educación formal siguen siendo casi inexistentes en los países estudiados. En Bolivia se han establecido actividades de educación sexual en el marco del Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los Adolescentes. En Guatemala están incorporados formalmente algunos componentes relacionados con la educación sexual, aunque no de manera integral y comprensiva. En Colombia se realizó la evaluación del Plan Nacional de Educación Sexual, la que emitió recomendaciones para renovar y mejorar dicho programa. En México continúa sin existir un programa de educación sexual, aunque se han incluido algunos componentes en los contenidos del currículo.

A pesar de los esfuerzos por introducir programas de educación sexual, estos enfrentan diferentes problemas en su implementación. En Perú, existen serios cuestionamientos frente a la efectividad de los programas, en Bolivia su implementación es aun incipiente, y en Jamaica aun no se ha formalizado su institucionalización. Todo ello denota un frágil compromiso político para abordar la necesidad de un real desarrollo de programas de educación sexual.