

El derecho a la salud desde la perspectiva de género y de los derechos de las mujeres

Oscar Parra Vera *

* Colombiano. Abogado de la Corte Interamericana Derechos Humanos que produjo el documento de estándares unificados de los sistemas Universal e Interamericano en el marco del proyecto UNFPA-IIDH. Abogado y Master en teoría del derecho de la Universidad Nacional de Colombia, con estudios especializados en Derechos Humanos y Derecho Humanitario (American University, Washington College of Law). Se ha desempeñado en Colombia como investigador de la Defensoría del Pueblo, auxiliar judicial de la Corte Constitucional, consultor de la Comisión Colombiana de Juristas y de la Escuela Judicial “Rodrigo Lara Bonilla”. Profesor universitario en Colombia (Universidad Nacional, Universidad Libre y Universidad del Rosario) y conferencista en temas sobre teoría jurídica, derechos humanos, derecho constitucional y derecho penal, sobre los cuáles ha publicado diversos artículos. Becario “Rómulo Gallegos” y consultor sobre Derechos Sociales de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos..

Las opiniones del autor son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan necesariamente el criterio de la Corte Interamericana de Derechos Humanos ni de su Secretaría. Parte de este escrito se basa en trabajos anteriores del autor, en especial El derecho a la salud en la Constitución, la jurisprudencia y los instrumentos internacionales, Bogotá, Defensoría del Pueblo, Prosedher, 2003.

Este artículo tiene como objetivo interpretar el derecho a la salud desde la perspectiva de género y en relación con violaciones específicas a los derechos de las mujeres. Para ello se sigue el siguiente orden: en primer lugar, se precisa la perspectiva de género de la cual se parte; en segundo lugar, se expone el contenido básico del derecho a la salud y, en términos generales, cómo se ha entendido la perspectiva de género en el tema; en tercer lugar, se desarrolla en forma específica el contenido de los derechos sexuales y reproductivos; en cuarto lugar, se refiere brevemente a la relación entre pobreza y garantía del derecho a la salud. Finalmente, la quinta parte reseña algunos pronunciamientos del Sistema Universal y del Sistema Interamericano en relación con violaciones del derecho a la salud de las mujeres.

1. La perspectiva de género

En términos generales,¹ el género es un conjunto de atribuciones construidas socialmente a partir de la diferencia sexual. Entre los elementos asociados a la categoría género pueden destacarse los mitos, imágenes, estereotipos y representaciones sobre lo masculino y lo femenino (buena madre, buen padre de familia), las normas y discursos en los que se reflejan estas representaciones, muchas veces a través de verdades “inmutables” y “únicas” sobre el rol del hombre y la mujer (la maternidad, el matrimonio, etc.) que favorecen un tipo determinado de relaciones entre los sexos. Además, la perspectiva de género tiene en cuenta los contextos, instituciones y organizaciones que elaboran, reafirman y reproducen, estos discursos y estereotipos, particularmente en

¹ El estado del arte sobre la perspectiva de género es inmenso y escapa al objeto de este trabajo. De hecho, y como resalta Paola Jiménez: “al denotar una determinada configuración de la realidad en términos de masculinidad y feminidad, el género remite al fenómeno social en su conjunto”. El enfoque asumido en este texto sigue, en términos generales, los trabajos de Butler, Judith, *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*, trad. de M. Mansour y L. Manríquez, México, PUEG-UNAM-Paidós, 2001 y Lamas, Marta, “Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género”, *La ventana. Estudios de género*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, N° 1, 1997 y Jiménez Jara, Paola Fernanda, *Género y justicia comunitaria*, Bogotá, Red de Justicia Comunitaria, 2004.

ámbitos legales, culturales, económicos, religiosos o políticos. Finalmente, cabe resaltar la identidad de género como proceso individual mediante el cual una persona adquiere ciertos conceptos normativos como integrales de su propia identidad. En este punto, las ideas del sujeto sobre su identidad de género terminan por adaptarse en procesos de reinterpretación o aceptación parcial de las ideas dominantes.

Como se observa, las relaciones de poder que están detrás de las atribuciones en torno al rol de los sexos, el parentesco, la distribución del trabajo, la reproducción y la sexualidad, tienen profundas implicaciones en el mantenimiento de jerarquías y órdenes sociales concretos. De allí que para desarrollar una perspectiva de género sobre el derecho a la salud sea relevante analizar los discursos y estereotipos sobre el cuerpo, la sexualidad y la subjetividad. En similar sentido, Isabel Torres ha resaltado que las diferencias de sexo son biológicas, pero las de género son culturales y pueden transformarse mediante el cambio en las relaciones sociales, lo cual justifica visibilizar los intereses, necesidades y violaciones específicas a los derechos humanos de las mujeres.²

Ahora bien, la perspectiva de género no restringe su análisis a los intereses de las mujeres.³ Incluye los derechos de las personas con diversa orientación sexual, de las personas adolescen-

2 Torres, Isabel. “Una lectura de los derechos reproductivos desde la perspectiva de género”. En: Instituto Interamericano de Derechos Humanos, *Promoción y defensa de los derechos reproductivos: Nuevo reto para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos*, San José, IIDH, 2003, pp. 132-136.

3 Siguiendo a Judith Butler, Alicia Pérez señala que la perspectiva de género analiza la “lógica sobre la cual la ley o los sistemas normativos han construido y definido ‘lo natural’ a partir de paradigmas, esto es, el hombre como representación de lo humano; la heterosexualidad, como la única forma –o por lo menos, la única normal– de expresión de la sexualidad; la familia nuclear como la célula social universal o, desde el paradigma feminista, la maternidad libremente asumida. Ver Pérez Duarte y Noroña, Alicia Elena. “Una lectura de los derechos sexuales y reproductivos desde la perspectiva de género. Panorama internacional entre 1994 y 2001”, *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, N° 105, septiembre-diciembre, 2002.

tes y los nuevos escenarios de discusión sobre la masculinidad; en suma: “es una metodología que permite separar los aspectos biológicos que caracterizan a los varones y mujeres de la socialización que nos impone determinados estereotipos y roles”.⁴

2. El derecho a la salud y la perspectiva de género

El derecho a la salud comprende el derecho a un sistema de protección de la salud, incluida la atención sanitaria y los factores determinantes de la salud, que facilite la igualdad de oportunidades para las personas a fin de que disfruten del máximo nivel asequible de salud.⁵

Al respecto, en su Observación General N° 14, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante el “Comité DESC”)⁶ indicó que el derecho a la salud no incluye solamente la atención de la salud sino que abarca los factores socioeconómicos que promueven las condiciones para llevar una vida sana, y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas, y un medio ambiente sano.

En opinión de este órgano, el derecho a la salud abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: a) disponibilidad de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud; b) calidad de estos; c) accesibilidad a estos bienes y servicios, particularmente accesibilidad física, económica, de información y sin discriminación; y d) aceptabilidad, de tal forma que dichos bienes y servicios sean respetuosos de la ética médica y de la

4 Pérez Duarte, “Una lectura de los derechos sexuales y reproductivos desde la perspectiva de género...”, *op. cit.*

5 Relator Especial de las Naciones Unidas para el Derecho a la Salud, profesor Paul Hunt. E/CN.4/2003/58, párr. 23.

6 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 22° periodo de sesiones, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000).

cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate. Asimismo, el Comité DESC precisó obligaciones básicas frente al derecho a la salud así como obligaciones que no están sujetas a limitaciones de recursos ni realización progresiva, tal como la obligación de no discriminar.⁷

Al analizar la “perspectiva de género” en relación con el derecho a la salud, el Comité DESC indicó que “un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer. Por ello, la desagregación, según el sexo, de los datos socioeconómicos y los datos relativos a la salud es indispensable para determinar y subsanar las desigualdades en lo referente a la salud” (párr. 20). De otra parte, al determinar algunos estándares sobre la mujer y la salud, la Observación General N° 14 resaltó la importancia de “la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer” y de los “servicios en materia sexual y reproductiva”, lo cual conduce a analizar los derechos sexuales y reproductivos.

⁷ El Comité DESC precisó un conjunto de obligaciones básicas frente al derecho a la salud, las cuales corresponden a niveles esenciales que establecen las prioridades en la materia: a) Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados; b) Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura, y que garantice que nadie padezca hambre; c) Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua limpia potable; d) Facilitar medicamentos esenciales; e) Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud; f) Adoptar y aplicar, sobre la base de las pruebas epidemiológicas –y de un proceso participativo y transparente–, una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública. Asimismo, el Comité catalogó como obligaciones de prioridad comparable, entre otras, las relacionadas con velar por la atención de la salud genésica, materna –prenatal y postnatal– e infantil; proporcionar inmunización contra las principales enfermedades infecciosas y adoptar medidas para prevenir, tratar y combatir las enfermedades epidémicas y endémicas.

3. El derecho a la salud sexual y reproductiva

En el capítulo VII del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, celebrada en El Cairo,⁸ se define la salud reproductiva como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo. Ello implica el derecho del hombre y la mujer a obtener información y tener acceso a métodos de su elección seguros, eficaces, aceptables y económicamente asequibles en materia de planificación de la familia. Asimismo, la salud sexual y reproductiva incluye el derecho a elegir métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y el derecho de la mujer a tener acceso a servicios de atención de la salud que combatan los riesgos en embarazos y partos. La salud sexual y reproductiva implica, entonces, la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de procrear y la libertad para decidir hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

En 1995, en la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing,⁹ se reafirmó lo anterior y se añadió lo siguiente:

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual.

A partir de los instrumentos internacionales de derechos humanos relevantes en la materia y de la doctrina autorizada en torno

⁸ N.U. Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995). Delegaciones de 179 Estados participaron en las negociaciones para dar forma definitiva a un Programa de Acción sobre población y desarrollo para los próximos 20 años. Ver <<http://www.un.org/spanish/conferences/accion2.htm>>.

⁹ N. U. Doc A/CONF.177/20/Rev.1, párr. 96.

al tema, el contenido del derecho a la salud sexual y reproductiva puede sintetizarse de la siguiente manera:¹⁰

Derecho a la salud sexual y reproductiva	Derecho a la autode-terminación reproductiva (Libertades)	1. Derecho a planear la propia familia
		2. Derecho a estar libre de interferencias en la toma de decisiones reproductivas
		3. Derecho a estar libre de todas las formas de violencia y coerción que afectan la salud sexual y reproductiva.
	Derecho a la atención en salud sexual y reproductiva	1. Derecho de la mujer embarazada a una protección especial antes, durante y después del parto.
		2. Derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de seguridad e higiene.
		3. Prevención y tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.
4. Protección contra prácticas tradicionales nocivas.		

3.1. El derecho a la atención en salud sexual y reproductiva

La atención de la salud reproductiva es 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. Al respecto, el Art. 12 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) afirma:

¹⁰ Parra Vera, Oscar, *El derecho a la salud... op. cit.*, capítulos I y III. Ver asimismo el informe del Relator Especial de Naciones Unidas para el Derecho a la Salud, Sr. Paul Hunt, en relación con los derechos sexuales y reproductivos.

Artículo 12. 1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a *servicios de atención médica*, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 *supra*, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. (Las cursivas son agregadas.)

El derecho a la atención de la salud reproductiva debe incluir la promoción de una maternidad sin riesgos, la atención a las personas con VIH y otras infecciones de transmisión sexual, el manejo del aborto como problema de salud pública, la provisión de tratamientos contra la infertilidad y el suministro de anticoncepción de calidad (incluida la anticoncepción de emergencia). La Recomendación General N° 24 sobre la Mujer y la Salud, adoptada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer,¹¹ ha insistido en que la atención médica para la mujer debe tener en cuenta:

a) *Factores biológicos* que son diferentes para la mujer y el hombre, como la menstruación, la función reproductiva y la menopausia. Otro ejemplo es el mayor riesgo que corre la mujer de resultar expuesta a enfermedades transmitidas por contacto sexual;

b) *Factores socioeconómicos* que son diferentes para la mujer en general y para algunos grupos de mujeres en particular. Por ejemplo, la desigual relación de poder entre la mujer y el hombre en el hogar y en el lugar de trabajo puede repercutir negativamente en la salud y la nutrición de la mujer. Las distintas formas de violencia de que ésta pueda ser objeto pueden afectar a su salud. Las niñas y las adolescentes con frecuencia están expuestas a abuso sexual por parte de familiares y hombres mayores; en consecuencia, corren el

¹¹ 20° Período de sesiones, 1999, Naciones Unidas. Documento A/54/38/ Rev.1, párr. 12.

riesgo de sufrir daños físicos y psicológicos y embarazos indeseados o prematuros. Algunas prácticas culturales o tradicionales, como la mutilación genital de la mujer, conllevan también un elevado riesgo de muerte y discapacidad;

c) Entre los *factores psicosociales* que son diferentes para el hombre y la mujer figuran la depresión en general y la depresión en el período posterior al parto en particular, así como otros problemas psicológicos, como los que causan trastornos del apetito, tales como anorexia y bulimia;

d) La *falta de respeto del carácter confidencial de la información* afecta tanto al hombre como a la mujer, pero puede disuadir a la mujer de obtener asesoramiento y tratamiento y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar. Por esa razón, la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que haya sido víctima de violencia sexual o física. (Las cursivas son agregadas.)

Sobre el derecho a la atención en salud reproductiva, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo precisó:

Esa atención debería incluir, entre otras cosas: asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos, y atención después del parto, en particular la atención de la salud maternoinfantil y la promoción de la lactancia materna; prevención y tratamiento de la infertilidad, interrupción del embarazo [...] tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y otras afecciones de la salud reproductiva, e información, educación y asesoramiento en materia de sexualidad humana, salud reproductiva y paternidad responsable.

A su vez, la Conferencia recomendó la participación de las mujeres en la dirección, planificación, adopción de decisiones, gestión, ejecución, organización y evaluación de los servicios.

El párrafo 98 de la Plataforma de Acción de Beijing destaca que el VIH y otras infecciones 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. También se expresó que las mujeres, que representan la mitad de los adultos que contraen el VIH y otras infecciones 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. Por todo ello, se concluyó sobre la necesidad de examinar desde una perspectiva de género los efectos del VIH y otras infecciones de transmisión sexual en la sociedad, el desarrollo y la salud.

Por su parte, en la mencionada Recomendación General N° 24 sobre la Mujer y la Salud,¹² el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer precisó que, 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. Además, se insistió en que prácticas tradicionales nocivas, como la mutilación genital de la mujer, la poligamia y la violación marital, también pueden exponer a las niñas y mujeres al riesgo de contraer VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por contacto sexual.

De otro lado, la recomendación resalta que los Estados “no deben permitir formas de coerción, tales como la esterilización sin consentimiento o las pruebas obligatorias de enfermedades venéreas o de embarazo como condición para el empleo”, que violan el derecho de la mujer a la dignidad y dar su consentimiento con conocimiento de causa.

Finalmente, cabe resaltar que el Relator de Naciones Unidas para el Derecho a la Salud ha señalado que: “las mujeres que han quedado embarazadas involuntariamente deberían recibir información fiable y asesoramiento comprensivo, con indicación de

¹² *Op. cit.*, párr. 18.

los lugares y plazos en los que pueda ponerse fin legalmente al embarazo”. Asimismo, el Relator precisa que:

[...] aunque los abortos sean legales, también han de ser seguros: los sistemas de salud pública deben capacitar y equipar a los encargados de prestar los servicios sanitarios y tomar otras medidas para garantizar que los abortos no son sólo seguros, sino también accesibles. En todos los casos las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para el tratamiento de las complicaciones resultantes del aborto. Hay que acabar con las disposiciones que castigan a las mujeres que abortan.

3.2. El derecho a la autodeterminación sexual y reproductiva

Cuatro aspectos involucra este derecho:

- a. El *derecho a no ser objeto de esterilización forzosa* es un desarrollo del derecho a estar libre de todas las formas de violencia y coerción que afectan la salud sexual y reproductiva. Un importante ejemplo al respecto es la protección de las mujeres con discapacidad respecto a esterilizaciones sin consentimiento.
- b. *Prohibición de matrimonio a edad temprana sin el libre y total consentimiento de cada cónyuge*. Esta forma de coerción obedece a presiones de tipo social y familiar, donde los menores y las menores de edad son objeto de acuerdos que vulneran su consentimiento y sus derechos y hacen nugatoria la autodeterminación reproductiva. El matrimonio a edad temprana afecta negativamente el desarrollo completo de las personas adolescentes en lo que concierne a educación, autonomía económica, salud física y psicológica.
- c. *Prohibición de la circuncisión femenina / mutilación genital femenina (CF/MGF)*. Este atentado contra la dignidad de la mujer es una costumbre que se ha llevado a cabo históricamente en algunos países. Los Estados tienen la obligación de proteger a las mujeres contra estas prácticas tradicionales nocivas.

- d. *Violencia y abuso sexual.* Este tipo de agresiones han sido considerados por el derecho internacional de los derechos humanos como formas de tortura, tratos crueles, inhumanos y degradantes.¹³

Al respecto, el antiguo Relator para el Derecho a la Salud es enfático en señalar que

[...] la vulnerabilidad de mujeres y jóvenes al VIH y al SIDA se complica con otros problemas de los derechos humanos como son el acceso inadecuado a la información, la educación y los servicios necesarios para garantizar la salud sexual; la violencia sexual; las prácticas tradicionales o consuetudinarias nocivas que afectan a la salud de mujeres y niños (como el matrimonio precoz y el matrimonio forzado), y la falta de capacidad jurídica e igualdad en cuestiones tales como el matrimonio y el divorcio.

Además, el Relator precisó que los Estados deben garantizar la disponibilidad de servicios sexuales y otros servicios sanitarios para hombres que tengan relaciones sexuales con otros hombres, lesbianas y personas transexuales y bisexuales.¹⁴

4. Derecho a la salud y pobreza

Los contextos estructurales de pobreza y violencia obstaculizan la garantía del derecho a la salud. En este sentido, el antiguo Relator Especial para el Derecho a la Salud señaló en uno de sus primeros informes que:

¹³ Cabe resaltar que el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial emitió la Recomendación General N° 25 relativa a las dimensiones de la discriminación racial relacionadas con el género (Documento A/54/18, anexo V, 2000). Allí se analiza el caso de la violencia sexual cometida contra mujeres de determinadas etnias como método para la depuración racial o extinción de determinados grupos; la esterilización obligatoria de mujeres indígenas y embarazos resultantes de violaciones motivadas por prejuicios raciales.

¹⁴ Informe presentado por el Sr. Paul Hunt, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, E/CN.4/2004/49 de 16 de febrero de 2004, párrs. 34 y 39.

45. La mala salud lleva a la pobreza al eliminar los medios de ganarse la vida, reducir la productividad de los trabajadores, rebajar los logros de la educación y limitar las oportunidades. Puesto que la pobreza puede hacer que disminuya el acceso a los cuidados médicos, que aumente la exposición a los riesgos ambientales y que aparezcan las peores formas de trabajo infantil y de malnutrición, muchas veces la mala salud llega también como consecuencia de la pobreza. En otras palabras, la mala salud es al mismo tiempo causa y efecto de la pobreza: los enfermos tienen más probabilidades de hacerse pobres y los pobres son más vulnerables a la enfermedad y la discapacidad.

Asimismo, en otro de sus informes, y al referirse a las enfermedades desatendidas, el Relator precisó que dichas enfermedades no solo son enfermedades causadas por situaciones de pobreza, sino que la existencia y propagación de estas contribuyen a agravar todavía más ese ciclo de pobreza; esto porque suponen una carga económica muy pesada para las comunidades afectadas, que ven disminuida su productividad, además de verse estigmatizadas, discriminadas y desatendidas. Esa misma estigmatización y discriminación de las personas que padecen alguna de esas enfermedades tienen un impacto devastador, no solamente en términos de salud –por ejemplo muchos de los que padecen estas enfermedades prefieren evitar la atención médica o el acceso a un diagnóstico o a un tratamiento por el propio miedo a la estigmatización–, sino también sobre sus derechos al trabajo, a la educación, a la vivienda o a la alimentación.¹⁵

15 Informe presentado por Paul Hunt, Relator Especial sobre la situación del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Misión a Uganda (E/CN.4/2006/48/Add.2). De otra parte, Marcela Ferrer ha señalado algunas proyecciones del enfoque de derechos humanos en la agenda sobre población y desarrollo. Esta autora resalta que el progreso científico agrega nuevas dimensiones a los diferentes derechos y afecta el desarrollo de la población, mientras que el avance en transporte incide con fuerza en el crecimiento sostenido de la migración internacional. A partir de ello, se deriva la necesidad de atender la situación de los derechos humanos de los y las migrantes. De otra parte, Ferrer indica que es necesario el desarrollo de la protección de los derechos humanos para una garantía de que la dinámica de población evolucione con el menor daño posible al individuo, especialmente aquel que queda en situación desventajosa frente a dicha evolución dinámica.

5. Algunos ejemplos de violaciones del derecho a la salud de la mujer

Teniendo en cuenta los estándares precisados anteriormente, a continuación se exponen algunos casos analizados por instancias del Sistema Universal y del Sistema Interamericano en relación con la violación del derecho a la salud de las mujeres..¹⁶

En el caso de Rumania, por ejemplo, un informe del Relator de Naciones Unidas para el Derecho a la Salud indica que las políticas a favor de la natalidad durante el periodo comunista, restringían el acceso de la mujer a métodos anticonceptivos y respaldaban económicamente a las mujeres que tenían familias numerosas. Este tipo de políticas derivaban en un elevado número de mujeres que recurrían a abortos ilegales y sin garantías de salubridad, además de a un alto porcentaje de mortalidad materna.¹⁷ En el caso de El Salvador, el Comité DESC resaltó que el ordenamiento jurídico de ese Estado recoge el aborto como ilegal en cualquier circunstancia, incluso si la vida de la madre corre peligro, razón por la cual el aborto clandestino, junto con el VIH, es la principal causa de muerte de las mujeres.¹⁸ Asimismo, al analizar la situación de salud en Uganda, el Relator Especial

Asimismo, la dinámica de población en ámbitos de pobreza se refleja en la mayor fecundidad y mayor mortalidad, y con ello “la reproducción de la pobreza”. Por consiguiente, los Estados deben adoptar políticas que incidan en esa dinámica con el más amplio respeto por los derechos sexuales y reproductivos. Ver Ferrer, Marcela, *La población y el desarrollo desde un enfoque de derechos humanos: intersecciones, perspectivas y orientaciones para una agenda regional*, Santiago de Chile, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población, Naciones Unidas-CEPAL, noviembre del 2005, pp. 58-61.

¹⁶ Para un análisis más exhaustivo al respecto, ver Villanueva Hermida, María Aranzazu, Martín, Agustín Enrique y Parra Vera, Oscar, *Protección internacional de los derechos económicos, sociales y culturales. Sistema Universal y Sistema Interamericano*, San José, IIDH/UNFPA, 2008.

¹⁷ Informe presentado por el Sr. Paul Hunt, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, misión a Rumania, E/CN.4/2005/51/Add.4, de 21 de febrero de 2005, párrs. 39, 44-46.

¹⁸ Comité DESC, Examen de los Informes presentados por los Estados Partes de conformidad con los artículos 16 y 17 del Pacto, Observaciones finales del Comité DESC, el Salvador, E/C.12/SLV/CO/2, de noviembre de 2006, párr. 25.

resaltó los efectos que las prácticas socioculturales, económicas y biológicas producen sobre las mujeres, las cuales sufren de manera desproporcionada un elevado número de enfermedades, así como una elevada tasa de mortalidad materna y violencia doméstica, y sufren también la carga de cuidar a los familiares que padecen enfermedades como VIH o malaria.¹⁹

En el contexto del Sistema Interamericano, un informe de fondo que es necesario resaltar es el emitido por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el Caso *María da Penha²⁰ contra Brasil*. La señora da Penha sufrió actos de violencia doméstica por parte de su marido. Ella denunció esta situación pero las autoridades no tomaron medidas adecuadas. A pesar de las denuncias, las agresiones continuaron hasta generar una paraplejía irreversible y, en una ocasión, tentativa de homicidio. No obstante haber transcurrido más de 15 años después de los hechos, el agresor no había sido procesado ni sancionado. La Comisión declaró que Brasil había violado diversas normas de la Convención Americana y de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará). En el marco del cumplimiento de lo ordenado en este informe, Brasil adoptó una ley para enfrentar la violencia doméstica, lo cual evidencia el importante papel que pueden jugar las decisiones interamericanas en orden a transformar las políticas públicas de derecho interno.

De otra parte, en el Caso *X e Y contra Argentina*, la Comisión Interamericana analizó la práctica rutinaria de exigir que las parientes que deseaban visitar a un recluso se sometieran a una inspección vaginal. La petición indicaba que la esposa de un recluso y su hija de trece años habían sido sometidas a esas inspecciones, sin que existieran circunstancias especiales que justificaran esas medidas extraordinarias. La Comisión buscó un equilibrio entre los intereses de las personas que se ven sujetas

¹⁹ Informe presentado por el Relator Especial sobre la situación del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental en Uganda, E/CN.4/2006/48/Add.2, de 19 de enero de 2006.

²⁰ CIDH, Informe N° 54/01, Caso 12.051, *María Da Penha Maia Fernández contra Brasil*, 16 de abril de 2001.

a esas inspecciones y el interés del Estado de mantener la seguridad en los establecimientos carcelarios, tipificó la “inspección vaginal [como] mucho más que una medida restrictiva en el sentido de que implica la invasión del cuerpo de la mujer”. Por lo tanto, la Comisión consideró que era necesario que se cumplan cuatro condiciones para establecer la legitimidad de una revisión o inspección vaginal, a saber: “1) tiene que ser absolutamente necesaria para lograr el objetivo de seguridad en el caso específico; 2) no debe existir alternativa alguna; 3) debería, en principio, ser autorizada por orden judicial; y 4) debe ser realizada únicamente por profesionales de la salud”. Con respecto a la señorita Y, que tenía trece años en esa oportunidad, la Comisión decidió que era evidente que la inspección vaginal constituyó un método “absolutamente inadecuado e irrazonable”. Si bien es cierto que esta decisión ha sido criticada por no emitir pronunciamiento alguno acerca de una posible discriminación, dado que se deduce del informe que solamente se sometía a mujeres a este tipo de revisiones y no a los hombres,²¹ este caso abrió las puertas a diversos pronunciamientos judiciales en algunos países. Tal es el caso de Colombia, donde la Corte Constitucional ha efectuado una prohibición casi total de dicha práctica.²²

21 En este sentido, ver Medina Quiroga, Cecilia, “The Inter-American Commission on Human Rights and Women, with Particular Reference to Violence”, en Castermans-Holleman, Monique, van Hoof, Fried y Smith, Jacqueline (eds.) *The Role of the Nation-State in the 21st Century. Human Rights, International Organizations and Foreign Policy. Essays in Honour of Peter Baehr*, Kluwer Law International, La Haya, 1998, pp. 117-134.

22 Ver, entre otras, las sentencias T-848 de 2005 y T-1069 de 2005. En estos fallos la Corte Constitucional de Colombia consideró, *inter alia*, que no es razonable una requisita que se realice transgrediendo el derecho a la dignidad humana de la persona (reclusa o visitante) al manipular sus partes íntimas, cuando no es necesaria por existir otros mecanismos para garantizar la seguridad. La Corte precisó que no es razonable constitucionalmente, por implicar una violación al derecho fundamental a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes, las requisas intrusivas que son practicadas por la guardia de un establecimiento de reclusión, tales como desnudar al recluso o al visitante, obligarlo a agacharse o a hacer flexiones de piernas y mostrar sus partes íntimas a la guardia; más aún si éstas se practican en condiciones insalubres. De otra parte, se señaló que las intervenciones, registros, injerencias, comprobaciones o extracciones

A su vez, en el Caso *Mamérita Mestanza contra Perú*, la CIDH analizó un caso representativo de un número significativo de mujeres afectadas por una política gubernamental de carácter masivo, compulsivo y sistemático, que enfatizó la esterilización como método para modificar rápidamente el comportamiento reproductivo de la población, especialmente de mujeres pobres, indígenas y de zonas rurales. La señora Mestanza, mujer campesina de unos 33 años de edad y madre de 7 hijos, fue acosada por parte del sistema público de salud para que se esterilizara. A partir de amenazas de denunciarla por tener más de 5 hijos, se logró su consentimiento para un procedimiento de ligadura de trompas que tuvo lugar sin haberse efectuado examen médico. La víctima fue dada de alta aún cuando presentaba serias anomalías, falleciendo días después. Su esposo denunció penalmente al jefe del centro de salud, pero jamás fue procesado. En el acuerdo de solución amistosa respectivo, el Estado reconoció su responsabilidad internacional por violación de la Convención Americana y de la Convención de Belém do Pará. Se comprometió a realizar una investigación exhaustiva de los hechos y la sanción de los responsables, tanto a nivel administrativo penal, incluyendo las acciones ante los respectivos colegios profesionales. Además, entre otras medidas, se comprometió con la adopción de políticas públicas sobre salud reproductiva y planificación familiar, así como modificaciones legislativas con el objetivo de eliminar cualquier enfoque discriminatorio en temas de salud reproductiva y planificación familiar, respetando la autonomía de las mujeres²³.

sobre los cuerpos, tales como las ‘requisas intrusivas’, pueden llegar a darse por razones fundadas “siempre que medie el consentimiento informado del afectado y el registro se practique de modo que el pudor y el decoro personal no resulten ofendidos, ni la integridad física y jurídica vulnerada, condicionamientos éstos que demandan (i) un mandato legal, (ii) la supervisión judicial, (iii) la intervención de personal experto y (iv) el uso de instrumental y condiciones sanitarias adecuadas, porque los tratos crueles, inhumanos y degradantes están proscritos y su prohibición es absoluta”.

23 CIDH, Informe N° 71/03, Petición 12.191, Solución Amistosa, *María Mamérita Mestanza Chávez contra Perú*, 10 de octubre de 2003.

El Sistema Interamericano ha conocido de casos donde se involucran tanto la violencia sexual como la violación sexual. En el *Caso Raquel Martín de Mejía contra Perú*²⁴, la Comisión Interamericana analizó los dos momentos de violación de la peticionaria, por parte de un militar que secuestró a su esposo. En cuanto al agotamiento de recursos internos, la Comisión consideró que no existían remedios que agotar en el caso de las víctimas de abusos sexuales perpetrados por militares, en vista de que las demandas en contra de ellos no eran procesadas y, si lo eran, los militares terminaban siendo absueltos. La Comisión expresó que la violación, en algunos casos, no es un evento diferente a la tortura sino un método de tortura. En el informe, se confirma que uno de los métodos de represión utilizados por el estado peruano fue la violación sexual²⁵.

En el año 2000, la Comisión falló en contra de México en el *Caso de Ana, Beatriz y Celia González*,²⁶ tres hermanas indígenas que fueron detenidas y torturadas por las autoridades mexicanas en el marco de la represión al levantamiento en el Estado de Chiapas. Entre otras importantes determinaciones, la Comisión reprodujo los lineamientos establecidos por las Naciones Unidas para la práctica del examen médico a las víctimas de delitos sexuales para evitar una segunda victimización.

Por su parte, la Corte Interamericana ha tenido en cuenta la perspectiva de género en algunas de sus decisiones. Al ordenar las reparaciones por diversas violaciones cometidas contra la *Comunidad Indígena Sawhoyamaya*, del Paraguay, la Corte resaltó que los Estados deben prestar especial atención y cuidado a la protección de las mujeres embarazadas y adoptar medidas especiales que garanticen a las madres, en especial durante la ges-

24 CIDH, Informe No. 5/96, Caso 10.970, *Raquel Martín de Mejía contra Perú*, 1 de marzo de 1996.

25 En 1996 la Comisión emitió informes en otros dos casos donde se alegó violación sexual. Ver CIDH, Informe No. 31/96, Caso 10.526, Guatemala, 16 de octubre de 1996 e Informe No. 13/96, Caso 10.948, El Salvador, 1 de marzo de 1996.

26 CIDH, Informe No. 53/01, Caso 11.565, *Ana, Beatriz y Celia González Pérez contra México*, 4 de abril de 2001.

tación, el parto y el período de lactancia, el acceso a servicios adecuados de atención médica.²⁷

Pero es en el *Caso del Penal Miguel Castro Castro*²⁸ donde la Corte asume directamente un enfoque de género al analizar las ejecuciones extrajudiciales y atentados contra la integridad personal que se desarrollaron durante la intervención militar dirigida contra los reclusos y las reclusas de una cárcel peruana. En este caso el Tribunal precisó:

303. Con respecto al tratamiento que deben recibir las mujeres detenidas o arrestadas, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha señalado que “no deben sufrir discriminación, y deben ser protegidas de todas las formas de violencia o explotación”. Asimismo, ha indicado que las detenidas deben ser supervisadas y revisadas por oficiales femeninas y las mujeres embarazadas y en lactancia deben ser proveídas con condiciones especiales durante su detención. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha señalado que dicha discriminación incluye la violencia basada en el sexo, “es decir, la violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada”, y que abarca “actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de la libertad”.²⁹

319. Dentro de las graves condiciones de detención se encuentran [...] desatención de las necesidades fisiológicas de la mujer al negarles materiales de aseo personal, como jabón, papel higiénico, toallas sanitarias y ropa íntima para cambiarse; desatención de las necesidades de salud pre y post natal [...] El daño y sufrimiento experimentados por las

²⁷ Corte I.D.H., *Caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya contra Paraguay. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 29 de marzo de 2006. Serie C No. 146.

²⁸ Corte I.D.H., *Caso del Penal Miguel Castro Castro contra Perú. Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Serie C No. 160.

²⁹ *Cfr.* O.N.U., Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, 11º período de sesiones. Recomendación General N° 19 “La violencia contra la mujer”. Doc. HRI/GEN/1/Rev. 1at84 (1994), párr. 6.

mujeres en general y especialmente las mujeres embarazadas y por las internas madres resultó particularmente grave [...]

Asimismo, en dicho caso la Corte estableció algunos parámetros sobre la atención médica en relación con las necesidades en salud de las mujeres internas:

331. También afectó a las mujeres la desatención de sus necesidades fisiológicas [...] El Comité Internacional de la Cruz Roja ha establecido que el Estado debe asegurar que “las condiciones sanitarias [en los centros de detención] sean adecuadas para mantener la higiene y la salud [de las prisioneras], permitiéndoles acceso regular a retretes y permitiéndoles que se bañen y que limpien su ropa regularmente”. Asimismo, dicho Comité también determinó que se deben realizar arreglos especiales para las detenidas en período menstrual, embarazadas, o acompañadas por sus hijos. La comisión de esos excesos causó sufrimiento especial y adicional a las mujeres detenidas.

332. Quedó probado que en el caso de las internas Eva Chalco y Sabina Quispe Rojas el Estado desatendió sus necesidades básicas de salud pre natal, y que con respecto a la última tampoco le brindó atención médica post natal (*supra* párr. 197.57), lo cual implicó una violación adicional a la integridad personal de éstas.

Además de estos casos individuales en el Sistema Interamericano, es pertinente resaltar dos informes que la Comisión Interamericana ha emitido en materia de violencia contra la mujer. Se trata del informe *Las mujeres frente a la violencia y la discriminación derivadas del conflicto armado en Colombia* (2006) y *Acceso a la justicia para las mujeres víctimas de violencia en las Américas* (2007). Ambos informes reúnen los estándares más garantistas sobre la debida diligencia en la prevención y atención de la violencia física, psicológica y sexual, lo cual tiene profunda repercusión en la garantía del derecho a la salud de la mujer.

Consideración final

En el derecho internacional de los derechos humanos existen algunos casos, observaciones e informes donde se ha puesto en práctica la perspectiva de género respecto al derecho a la salud. En particular, algunas decisiones emitidas por órganos del Sistema Universal y del Sistema Interamericano han tomado en consideración las estructuras de poder que están presentes en las relaciones entre varones y mujeres, visibilizando las necesidades específicas que enfrenta la garantía del derecho a la salud de la mujer. Sin embargo, dicho camino está aún comenzando y es necesario seguir impulsando la exigibilidad de estos derechos tanto a nivel nacional como internacional.

Derecho a la Educación

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre

Artículo XII. Toda persona tiene derecho a la educación, la que debe estar inspirada en los principios de libertad, moralidad y solidaridad humanas.

Asimismo tiene el derecho de que, mediante esa educación, se le capacite para lograr una digna subsistencia, en mejoramiento del nivel de vida y para ser útil a la sociedad.

El derecho de educación comprende el de igualdad de oportunidades en todos los casos, de acuerdo con las dotes naturales, los méritos y el deseo de aprovechar los recursos que puedan proporcionar la comunidad y el Estado.

Toda persona tiene derecho a recibir gratuitamente la educación primaria, por lo menos.

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

Artículo 13. Derecho a la Educación

1. Toda persona tiene derecho a la educación.
2. Los Estados partes en el presente Protocolo convienen en que la educación deberá orientarse hacia el pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad y deberá fortalecer el respeto por los derechos humanos, el pluralismo ideológico, las libertades fundamentales, la justicia y la paz. Convienen, asimismo, en que la educación debe capacitar a todas las personas para participar efectivamente en una sociedad democrática y pluralista, lograr una subsistencia digna, favorecer la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos

los grupos raciales, étnicos o religiosos y promover las actividades en favor del mantenimiento de la paz.

3. Los Estados partes en el presente Protocolo reconocen que, con objeto de lograr el pleno ejercicio del derecho a la educación:
 - a. la enseñanza primaria debe ser obligatoria y asequible a todos gratuitamente;
 - b. la enseñanza secundaria en sus diferentes formas, incluso la enseñanza secundaria técnica y profesional, debe ser generalizada y hacerse accesible a todos, por cuantos medios sean apropiados, y en particular por la implantación progresiva de la enseñanza gratuita;
 - c. la enseñanza superior debe hacerse igualmente accesible a todos, sobre la base de la capacidad de cada uno, por cuantos medios sean apropiados y, en particular, por la implantación progresiva de la enseñanza gratuita;
 - d. se deberá fomentar o intensificar, en la medida de lo posible, la educación básica para aquellas personas que no hayan recibido o terminado el ciclo completo de instrucción primaria;
 - e. se deberán establecer programas de enseñanza diferenciada para los minusválidos a fin de proporcionar una especial instrucción y formación a personas con impedimentos físicos o deficiencias mentales.
4. Conforme con la legislación interna de los Estados partes, los padres tendrán derecho a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos, siempre que ella se adecue a los principios enunciados precedentemente.
5. Nada de lo dispuesto en este Protocolo se interpretará como una restricción de la libertad de los particulares y entidades para establecer y dirigir instituciones de enseñanza, de acuerdo con la legislación interna de los Estados partes.