

# LA SALUD DE LA MUJER Y LOS DERECHOS HUMANOS

REBECCA J. COOK



Publicación Científica No. 553

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA  
DE LA SALUD

# **La salud de la mujer y los derechos humanos**

Promoción y protección  
de la salud de la mujer  
en la legislación internacional  
sobre derechos humanos

*Rebecca J. Cook*  
*Profesora asociada (Investigación) y*  
*Directora, Programa Internacional de Derechos Humanos*  
*Facultad de Leyes, Universidad de Toronto*  
*Toronto, Canadá*



Publicación Científica No. 553

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

525 Twenty-third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

1994

# Contenido

Edición original en inglés:  
*Women's Health and Human Rights*  
*The Promotion and Protection of Women's Health*  
*through International Human Rights Law*  
ISBN 92.4.1.561.66.1  
© Organización Mundial de la Salud, 1994

Catálogo por la Biblioteca de la OPS

Cook, Rebecca J

La salud de la mujer y los derechos humanos : promoción y protección de la salud de la mujer en la legislación internacional sobre derechos humanos.

Washington, D.C. : OPS, c1994. -- xii, 72p.  
(Publicación científica : 553)

ISBN 92.75.31.553.1

I. Título II. (Serie)

1. SALUD DE LAS MUJERES 2. DERECHOS HUMANOS--legislación  
NIM WVA300

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información deberán dirigirse al Programa de Publicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 1994

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derechos de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

El autor es el único responsable de las opiniones expresadas en esta publicación.

Prefacio a la edición en español	VII
Prólogo	IX
Agradecimiento	XI
<b>1. Evolución de los derechos humanos internacionales relacionados con la salud de la mujer</b>	<b>1</b>
<b>2. Negligencia generalizada respecto de la salud de la mujer</b>	<b>7</b>
Aspectos generales	7
Riesgos para la salud durante la infancia	10
Riesgos para la salud durante la adolescencia	11
Riesgos para la salud de la mujer que trabaja en el hogar	12
Salud en la reproducción	13
Violencia contra la mujer	14
Otros aspectos de la salud de la mujer que son motivo de preocupación creciente	15
<b>3. Medición del grado de cumplimiento de los tratados por los diferentes países</b>	<b>17</b>
¿Qué se pretende medir?	17
¿Cuál es el alcance y el contenido de un derecho?	20
¿Qué carácter posee la obligación de los Estados?	20
<b>4. Legislación internacional en derechos humanos para mejorar la salud de la mujer</b>	<b>25</b>
El derecho de la mujer a no sufrir ningún tipo de discriminación	25

Eliminación de los estereotipos de la feminidad Eliminación de las prácticas de autorización del esposo	28 29		
El derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad	30		
El derecho a la vida	30		
El derecho a la libertad y al consentimiento informado	31		
El derecho a la seguridad de la persona	36		
El derecho a la familia y a la intimidad	37		
El derecho al matrimonio y a fundar una familia	37		
El derecho a la intimidad y a la vida familiar	40		
El derecho a la información y a la educación	42		
El derecho a la salud y a la atención médica	43		
Comentarios generales sobre el derecho de la mujer a la salud	45		
Principios para la promoción y protección de la salud de la mujer	46		
Leyes para la protección de la salud de la mujer	47		
El derecho a los beneficios del progreso científico	49		
Los derechos relativos a la potestad de la mujer	50		
El derecho a la libertad de religión y pensamiento	50		
El derecho a la libertad de reunión y asociación	51		
El derecho a la participación política	51		
<b>5. Mecanismos de los derechos humanos para la protección de la salud de la mujer</b>	53		
Protección internacional	53		
Protección regional	55		
Protección nacional: responsabilidades de las profesiones sanitarias en relación con los derechos humanos	55		
Normas éticas	55		
Educación y formación	56		
Fortalecimiento de la responsabilidad profesional	57		
<b>6. Conclusión</b>	59		
Notas y referencias	61		
Anexo 1. Estados Partes de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	71		
Anexo 2. Derechos humanos aplicables a la salud de la mujer	72		

## Prefacio a la edición en español

Desde hace varios años la Organización Panamericana de la Salud trabaja para elaborar un nuevo enfoque de la salud y el desarrollo que incorpore una perspectiva de género.

Lejos de seguir una receta de fácil aplicación, hemos investigado las implicaciones de género en cada momento del proceso salud-enfermedad, de manera que la historia oculta de la construcción social de lo masculino y lo femenino en cada contexto sociocultural salga plenamente a la luz. Estamos convencidos de que solo así podrán formularse políticas nacionales y proyectos de cooperación técnica que obtengan el máximo bienestar posible para ambos sexos.

Este libro, traducción del original en inglés publicado por la Organización Mundial de la Salud, marca un hito importante en el proceso. En él se analizan las convenciones internacionales sobre derechos políticos, civiles, económicos, sociales y culturales, como también la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, con el fin de determinar su aplicación a la salud de la mujer. El valor de esos instrumentos jurídicos y, por ende, de esta publicación, radica en la oportunidad de vincular aspectos tradicionalmente categorizados como de la esfera "privada" con el ámbito público y, aún más, con el del Estado directamente.

Después de una breve revisión de las áreas de salud afectadas por las asimetrías en las relaciones de género, se exploran las responsabilidades concretas y medibles del Estado frente a la salud de la mujer. Estas responsabilidades van desde el acceso a servicios de salud de calidad, pasando por la información para la protección de la salud y la educación, hasta leyes, costumbres y prácticas que pueden repercutir en forma negativa en la salud de la mujer.

Todo ello se analiza dentro del marco de los derechos específicos que los gobiernos signatarios han aceptado en distintas convenciones. De esta manera se establece una propuesta de vigilancia que permite ir más allá de los principios enunciados y, por medio de los comités creados para cada conven-

ción, intenta confrontar a los gobiernos con sus propios compromisos en la materia.

Me complace presentar la edición en español de esta importante publicación que nos ayuda a comprender el alcance y el contenido de los mecanismos legales internacionales relacionados con la promoción y protección de la salud de la mujer. Ahora, el desafío es analizar en forma permanente y profunda la situación de salud de las mujeres en cada país, con el fin de crear así oportunidades para la aplicación de dichos instrumentos internacionales.

Carlyle Guerra de Maccdo  
Director

## Prólogo

Esta publicación fue redactada inicialmente como una contribución de la Organización Mundial de la Salud a la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de 1993. Como tal, enfoca el tema de la salud de la mujer desde la óptica de la legislación internacional sobre derechos humanos.

Este libro ofrece una perspectiva jurídica acerca de la salud de la mujer, que difiere de la que brindan los profesionales de la medicina, de la política y la paciente misma. Rebecca Cook, distinguida experta canadiense en legislación sobre derechos humanos, ha estudiado los tratados internacionales firmados por los Estados y las implicaciones que tienen esos tratados en cuanto a las acciones necesarias para mejorar la salud de la mujer.

Muchas sociedades asignan una baja condición jurídica a la mujer y a las funciones sociales que ella desempeña. Esta "desvalorización" de la mujer a menudo conduce a la denegación de ciertos derechos, como el derecho al acceso a la información, el derecho a una nutrición suficiente y a los servicios de salud y planificación de la familia, que le corresponden por el mero hecho de que sus gobiernos han firmado acuerdos internacionales. Cada año mueren aproximadamente 500.000 mujeres por causas prevenibles relacionadas con complicaciones del embarazo y el parto. En muchas de las sociedades que asignan escasa trascendencia social al papel de la mujer, la mortalidad materna todavía se acepta como parte del orden natural de las cosas.

En los términos de la moderna legislación sobre derechos humanos, que garantiza la igualdad entre los sexos, muchas de las desigualdades que sufren las mujeres con respecto a su salud serían calificadas de injusticias. Así, la mortalidad materna es solo la última de la serie de injusticias que muchas mujeres deben soportar. En efecto, comen las últimas y lo peor, no reciben educación suficiente y trabajan demasiado. Se les reconoce su capacidad para tener hijos, pero se presta escasa atención a cualquiera de las otras cosas que son capaces de hacer.

Los derechos de la mujer en el área de la asistencia sanitaria pueden ser violados por la falta de ciertos servicios de salud. También pueden ser violados por la carencia de información acerca de sus opciones de salud, o sencillamente por la inexistencia de tecnología apropiada para facilitar su carga de trabajo dentro y fuera del hogar. Hoy las filas de los pobres están desproporcionadamente integradas por mujeres solas que son cabezas de familia. Estas mujeres y también muchachas que viven en la pobreza, recurren a estrategias para afrontarla que incluyen aceptar trabajos mal remunerados en ambientes llenos de riesgos conocidos para su propia salud y la de las generaciones venideras. Muchas de ellas son presa fácil del creciente número de redes de prostitución y son víctimas de la violencia—violaciones y otros malos tratos— que se acentúa en épocas de crisis tales como los conflictos étnicos y las guerras. Al valorar el cumplimiento de las obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos referidos a la salud, resulta esencial tomar en consideración seriamente la salud de la mujer.

La legislación sanitaria ha contribuido sustancialmente a promover la salud pública y podría ser aplicada de manera más vigorosa para promover la salud de la mujer. La comunidad internacional debería sentirse motivada por la existencia de ejemplos positivos de leyes que han logrado mejorar la salud de la mujer.

A pesar de la mala salud que padecen, a menudo vinculada con las condiciones socioeconómicas, las mujeres son sobrevivientes. A través de la historia han sobrevivido a guerras, hambrunas, sequías y enfermedades, y han asegurado la supervivencia de sus hijos, de sus familias y de sus comunidades. Se las debería alentar y ayudar a sacar provecho de las diversas libertades y derechos humanos básicos que las facultan para alcanzar sus propias metas de salud.

Una característica dinámica del enfoque de los derechos humanos es la posibilidad de utilizarlo de una manera proactiva, por la cual se fomenta una cultura de igual valor y dignidad para todos los seres humanos, y se respeta el principio de no discriminación, tanto en el acceso a los bienes y servicios existentes como en la libertad de participación y elección.

Las mujeres del mundo necesitan más que tratados. Necesitan acciones urgentes para convertir los términos de esos instrumentos en realidades para sus vidas y para su acceso a la atención médica. Esta publicación es una guía para concretar dichas acciones.

A. El Bindari Hammad

## Agradecimiento

Esta publicación fue preparada en el contexto de la Comisión Global sobre Salud de la Mujer para la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en junio de 1993.

Contribuyeron con esta obra J.P. Alexander, M.-J. Bernardi, D. Blake, K.L. Bond, D. Bramley, J. Cottingham, S.S. Fluss, M. Haslegrave, M.J. Hirschfeld, M. Law, J. Leslie, S. Lyagoubi-Ouahchi, C.A. Mulholland, G. Pinet, L. Porter, J. Rochon, M. Simpson-Hebert, J. Spicehandler, M.A. Subramanian, R. Thapa, T. Türmen, C.K. Vlassoff, A.S. Williams y S. Zolfaghari, con la coordinación general de A. El Bindari Hammad.

La Organización Mundial de la Salud desea reconocer la generosa contribución de la Carnegie Corporation de Nueva York, que ha hecho posible esta publicación.

La Organización Mundial de la Salud agradece también a las siguientes personas e instituciones que han aportado documentación original: U. Amazigo, de la Universidad de Nigeria, Nsukka; L. Brabin, de la Escuela de Medicina Tropical de Liverpool; M. Buvinic, del Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer, Washington D.C.; J. Hausermann, de Rights and Humanity, Londres; M. Koblinsky, de Mothercare/John Snow Inc., Arlington, VA; B. Ras-Work, del Comité Interamericano, Addis Abeba; L. Heise, de la Universidad Rutgers, New Brunswick, NJ; C. Meslem, de la Oficina de las Naciones Unidas en Viena; UNICEF, y muchas otras, demasido numerosas para mencionarlas.

## CAPÍTULO 1

# Evolución de los derechos humanos internacionales relacionados con la salud de la mujer

La utilización del término "salud" en la práctica legal internacional se basa en la definición empleada en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se firmó el 22 de julio de 1946 y entró en vigor el 7 de abril de 1948:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad (1).

Este concepto tan amplio implica que los Estados tienen la obligación legal tanto de promover los servicios de salud, de protección social y de otros servicios conexos, como de prevenir o eliminar los obstáculos que se oponen a la consecución y conservación del bienestar físico, mental y social de la mujer. El reto que significa el mejoramiento de la salud de la mujer no solo podrá superarse mediante la creación de servicios de salud física y mental, sino que deberá garantizarse la justicia de los cambios sobre los que se asienta la sociedad.

Puede decirse que la era de los derechos aplicables a la salud de la mujer se inició con la adopción de la Carta de las Naciones Unidas en 1945. Los instrumentos internacionales anteriores también se ocupaban de los derechos de la mujer, pero lo hacían desde una óptica fundamentalmente paternalista que la protegía frente a peligros tales como el trabajo nocturno. En las consideraciones iniciales de la Carta se dice que los propósitos de las Naciones Unidas son:

lograr la cooperación internacional para la solución de los problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario, y para el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de [...] sexo [...] (2).

Esta Carta exige que las Naciones Unidas promuevan "niveles de vida más elevados [...] y condiciones de progreso y desarrollo económico y so-



cial", así como soluciones "para los problemas internacionales de carácter económico, social, sanitario y de otros problemas conexos". Con el propósito de favorecer "el respeto al principio de la igualdad de derechos", las Naciones Unidas promoverán el respeto universal "a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de [...] sexo [...]". (2).

La Carta de las Naciones Unidas preparó el terreno para el desarrollo de otros instrumentos internacionales tanto de aplicación mundial como regional. En 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Declaración Universal de los Derechos Humanos (3). Esta Declaración condena en forma enérgica todo tipo de discriminación basada en el sexo y establece una red de derechos relacionados con la promoción y protección de la salud. A su vez, la Declaración dio lugar a dos pactos internacionales sobre derechos humanos, ambos aprobados por la Asamblea General de 1966: el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (el Pacto Político) (4) y el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (el Pacto Económico) (5).

Los distintos instrumentos regionales sobre derechos humanos proceden también de la Declaración Universal; entre ellos se encuentran la Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales (la Convención Europea) (6) y su Carta Social (7), la Convención Americana de Derechos Humanos (la Convención Americana) (8) y su Protocolo Adicional en el Área de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y la Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos (la Carta Africana) (9). Todos ellos prohíben la discriminación por motivos de sexo y exigen el respeto a distintos derechos relacionados con la promoción y protección de la salud.

Existen también otros instrumentos relacionados con la salud de la mujer, como la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (la Convención Racial) (10), que impide la discriminación de la mujer por su pertenencia a distintos grupos raciales, la Convención sobre los Derechos del Niño (la Convención de los Niños) (11), que protege los derechos de las niñas, la Declaración sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (12), que prohíbe la imposición de dolor físico o mental y sufrimiento a la mujer, y la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados (13), que protege a las mujeres que se encuentran en esta condición.

El principal instrumento moderno derivado de la Declaración Universal para la protección de los derechos humanos de la mujer es, en la actualidad, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (la Convención de la Mujer) (14), aprobada en 1979. Este

acuerdo es el instrumento legal internacional definitivo y exige el respeto y la observancia de los derechos humanos de la mujer. Esta Convención es universal en sus alcances y abarcadora en sus contenidos. Es el primer tratado internacional en el que los Países Miembros, conocidos como Estados Partes, asumen el deber legal de eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer en las esferas civil, política, económica, social y cultural, incluídas la atención médica y la planificación de la familia. El 1 de enero de 1994 habían firmado esta Convención 130 países (véase el Anexo 1).

La amplia aceptación de la Convención de la Mujer demuestra a la vez la fuerza y la debilidad de la legislación internacional sobre los derechos humanos. La debilidad radica en que los tratados obtienen su carácter de obligación legal solo cuando los Estados se hacen, en forma voluntaria, miembros de ellos, por lo general ratificándolos. La fuerza reside en que los Estados pueden sentirse moralmente obligados a firmar estos tratados y suelen considerar que su participación en ellos es políticamente conveniente, aceptando así el precio que deben pagar y que consiste en el cumplimiento de las obligaciones que hacen efectivos los derechos.

La Convención de la Mujer exige a los Estados Partes, en general, que "sigan, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer" y, en particular, que "eliminen la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar [...] el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia" (14). De este modo, los Estados Partes asumen la obligación de determinar los riesgos que corre la salud de la mujer. Los medios elegidos por cada Estado para combatir los peligros para la salud dependerán de sus circunstancias específicas, tales como el acceso de la mujer a una atención médica apropiada, los sistemas de prestación de servicios médicos y la epidemiología de la morbilidad y mortalidad femeninas. El imperativo internacional que está surgiendo como consecuencia de la extensión del tratado es que los medios elegidos por los Estados deben conducir a la promoción y protección de la salud de la mujer e incrementar su dignidad y capacidad de autodeterminación.

El derecho a la abolición de leyes, prácticas, costumbres, prejuicios y estereotipos que lesionan el bienestar de la mujer está relacionado con la salud de esta. También es necesario reconocer el derecho al acceso a la salud a través de la educación y los servicios sanitarios. Se considera que la mujer es objeto de discriminación en razón de su sexo cuando se encuentra en desventaja con respecto a los otros miembros de su familia, su comunidad o su sociedad. Cuando su familia, comunidad o sociedad se encuentran en desventaja en relación con otras familias, comunidades o sociedades, la mujer está expuesta a la suma de desventajas que dependen de características tales como la raza, la clase social y, por ejemplo, la situación geográfica.

Los tratados sobre derechos humanos establecen comités para controlar el cumplimiento de los términos. Por ejemplo, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer es el organismo creado para vigilar el cumplimiento de la Convención de la Mujer. Otros organismos basados en tratados, como el Comité de Derechos Humanos y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, han sido creados para vigilar el cumplimiento del Pacto Político y del Pacto Económico respectivamente. Todos los grandes tratados de derechos humanos establecen un sistema de notificación a estos organismos.

Se exige que los Estados Partes informen periódicamente sobre las medidas que han tomado para cumplir con sus obligaciones y las dificultades que han encontrado al hacerlo. Los organismos pertinentes estudian esos informes en presencia de representantes del Estado que presentó la información. Algunos de los organismos creados para supervisar tratados, como el Comité de Derechos Humanos, también están facultados para recibir las reclamaciones individuales de quienes denuncian haber sufrido violación de sus derechos por sus respectivos gobiernos.

El concepto de salud de la OMS trasciende la eliminación de las enfermedades y las afecciones para abarcar el bienestar físico, mental y social. Por ende, es necesario prestar atención a la totalidad de los derechos humanos, más allá de la provisión de servicios médicos, de enfermería y de otros servicios conexos, y contribuir de diferentes maneras y en distintos niveles a la consecución y conservación de la salud según la entiende la OMS. En consecuencia, entre los derechos relacionados con la promoción y protección de la salud de la mujer se encuentran:

- el derecho a estar libre de toda forma de discriminación;
- los derechos relacionados con la libertad y la autonomía individuales, incluidos los derechos a la propia vida, a la libertad y la seguridad, a la familia y la intimidad, y a la información y la educación;
- los derechos a la asistencia médica y a los beneficios de los adelantos científicos;
- los derechos relacionados con la potestad de la mujer, incluidos el derecho a la libertad de pensamiento y reunión y el derecho a la participación política.

Los objetivos de esta publicación son el estudio de la aplicación de estos derechos humanos internacionales a la promoción y protección de la salud de la mujer (véase el Anexo 2) y la creación de un marco para el futuro análisis, la colaboración y el intercambio fructífero entre las organizaciones relacionadas con los derechos humanos y la salud de la mujer, con la finalidad de:

- elaborar con mayor detalle el alcance y el contenido de los derechos humanos para la promoción y protección más eficaces de la salud de la mujer;
- formular y difundir en mayor grado la naturaleza de las obligaciones de los Estados para hacer efectivos los derechos humanos en lo que se refiere a la salud de la mujer.

Por último, esta publicación pretende explicar los mecanismos internacionales, regionales y nacionales disponibles para responsabilizar a los Estados del cumplimiento de las obligaciones contraídas en materia de derechos humanos en virtud de los tratados de que son signatarios en lo que atañe a la promoción y protección de la salud de la mujer.

## CAPÍTULO 2

# Negligencia generalizada respecto de la salud de la mujer

### Aspectos generales

**E**l conocido concepto de la OMS según el cual la salud se determina en relación con el "bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" subraya la importancia del bienestar social de las poblaciones y no solo la "medicalización" de la enfermedad. La ciencia médica ocupa un lugar esencial en la salud, pero la salud es el resultado de una combinación de factores biológicos, genéticos, ambientales y socioeconómicos. Los elementos que condicionan la salud de una población trascienden los aspectos fisiológicos para abarcar el producto nacional bruto, el reparto de la riqueza y el acceso a oportunidades de empleo remunerado y capacitación, la existencia de recursos educativos y su accesibilidad, la vivienda e infraestructuras rurales y urbanas y, por ejemplo, las estructuras políticas a través de las cuales las personas y los grupos influyen en la distribución de los recursos que afectan a la situación sanitaria del conjunto de la población (15). En consecuencia, las circunstancias que afectan a la salud pueden analizarse mediante distintos indicadores estadísticos de funcionamiento social y económico y con diversos grados de abstracción, desde el individuo, la familia, la comunidad o el grupo cuyos miembros se identifican entre sí, hasta grados más altos de definición social que culminan con la nación.

En algunas regiones del mundo las mujeres son consideradas seres relativamente insignificantes. Como tales, están condicionadas a atribuirse a sí mismas escaso valor, a aceptar como natural su situación de inferioridad y a entender el nacimiento de sus hijas como un motivo de fracaso, disculpas y sufrimiento (16). Las familias se identifican a través de nombres que a menudo proceden de la línea masculina y la continúan. Las doctrinas legales, religiosas y culturales refuerzan la desvalorización de las hijas. La desvalorización de la mujer, cualquiera sea su edad, va más allá de los conceptos de situación social y espiritual y alcanza la esfera de los intereses materiales, de manera que tener hijas supone la necesidad de pagar dotes para que puedan casarse y entrar en otras familias. El dinero gastado en educación no vuelve a la familia cuando la hija abandona el hogar para casarse, no puede conseguir un empleo aunque no se case, o se margina por tener un hijo antes del

matrimonio. Las hijas políticas no merecen inversión alguna puesto que pueden morir durante un embarazo, resultar estériles, sufrir infecciones o causar una desgracia que obligue a sus maridos a divorciarse o abandonarlas. La repercusión acumulativa de las múltiples desventajas que sufre la mujer y la descalificación de que es objeto en las tradiciones legales, religiosas y culturales y en los sistemas socioeconómicos hace que en muchos casos le sea negada la salud, tal y como la entiende la OMS. Su situación desventajosa la impulsa en una espiral descendente, exponiéndola a morir durante el embarazo o a quedar estéril, lo cual acentúa su desvalorización, que a su vez la expone a la mala salud, a una mayor vulnerabilidad frente a las enfermedades y a una muerte prematura (17).

La negligencia respecto de la salud de la mujer es generalizada y se produce en razón tanto de su sexo como de su género. El sexo está determinado por los genes y la biología, mientras que el género puede interpretarse como una construcción social que abarca "rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, comportamientos y actividades que la sociedad adscribe a los dos sexos con un criterio diferencial" (18). La mujer se ve expuesta a la discriminación en razón de su sexo tanto en lo referente a la salud como a otros aspectos cuando, por ejemplo, existen tabúes y disfunciones sociales relacionados con la menstruación (19, 20). Asimismo, sufre una discriminación adicional cuando las ocupaciones identificadas con el género femenino no son objeto de valoración económica o social. A las mujeres que realizan el trabajo doméstico o de atención de sus hijos en su propio hogar se les suele considerar "desocupadas", y, en consecuencia, sin derecho a los beneficios no económicos relacionados con el empleo remunerado, como la protección de la salud laboral y la seguridad en el trabajo. Las tareas asignadas a los hombres —tradicionalmente las de cazadores, guerreros o proveedores del sustento— tienen más prestigio que las ocupaciones en el hogar, y se les otorga prioridad en el derecho a las recompensas por el esfuerzo familiar.

Las tareas de servicio que se asocian con el trabajo femenino —particularmente en el campo de la enfermería, la asistencia sanitaria auxiliar y la atención de los niños—, están casi siempre mal pagadas. Las tareas "femeninas" tienen menos importancia y credibilidad que las asociadas con la masculinidad, son menos valoradas y están más desprotegidas. La negligencia respecto de la salud de la mujer durante el embarazo y el parto puede justificarse invocando la aceptación de una ley natural o voluntad divina que la destina al riesgo de morir en el parto (21). Con frecuencia, los segmentos de la sociedad con más problemas de salud, como los grupos de ingresos más bajos y los ancianos, son los que están formados por mayor número de mujeres.

En épocas recientes ha surgido una nueva comprensión de las desventa-

jas que enfrenta la mujer, tanto en los países desarrollados como en los que se encuentran en vías de desarrollo, en su lucha por conseguir la salud tal como la define la OMS. Distintos estudios demuestran las causas de estas desventajas en diferentes tipos de análisis y la legislación moderna sobre los derechos humanos objeto de protección internacional considera injusticias a muchas de estas desventajas. Así, la mortalidad materna puede explicarse por una causa inmediata (la ausencia de atención obstétrica), por causas intermedias (el agotamiento y anemia secundarios a la multiparidad) y a los cortos intervalos entre partos), o por causas estructurales (la pobreza).

La legislación sobre derechos humanos consigna la responsabilidad de los Estados que deniegan o dificultan la prestación de servicios obstétricos, invocando para ello el derecho a la salud. El derecho a la educación, entre otros, trata la causa subyacente a la multiparidad. Cuando los hombres y las mujeres son capaces de leer y comprender las ventajas que implica la separación mínima de dos años entre un embarazo y otro, tanto para la mujer como para el hijo recién nacido y para los anteriores, pueden entender la necesidad de espaciar los nacimientos. Los Estados pueden ser considerados responsables legales de la causa estructural que es la pobreza cuando asignan una parte exagerada de su riqueza nacional a gastos como el armamento, mientras niegan a su población la cobertura de sus necesidades básicas (22). El ordenamiento legal internacional puede enfocar también la pobreza de las naciones en virtud del proclamado derecho al desarrollo (23).

Las causas inmediatas, subyacentes y estructurales de morbilidad y mortalidad difieren en cada país, con cada enfermedad y para las distintas clases socioeconómicas y grupos étnicos (24). Sin embargo, dentro de las poblaciones existe una variación más significativa, la que se establece entre hombres y mujeres, que ni la investigación ni la práctica han identificado apropiadamente hasta ahora. Salvo en lo que se refiere a las diferencias obvias de la función reproductiva, los estudios de poblaciones no suelen hacer diferenciaciones según el sexo y no investigan en forma apropiada a las mujeres. La exclusión de estas en numerosos estudios clínicos y fisiológicos se ha justificado por el hecho de que el ciclo menstrual introduce un posible factor de confusión en el análisis de los datos que solo sería posible corregir empleando grandes muestras de población y complicando la recolección y el análisis de los datos. Se han invocado razones de protección, en el sentido de que el uso experimental de productos y terapias podría exponer a las mujeres embarazadas como sujetos de experimentos que pueden perjudicarlas, habría que hacer preguntas o pruebas poco delicadas o invasivas (25).

El hecho de que la mujer sea fisiológicamente distinta del hombre en muchos otros aspectos además de la función reproductiva y la constitución hormonal, reduce desde la óptica femenina el valor de las investigaciones y

de las intervenciones de salud basadas en poblaciones masculinas o indiferenciadas (26). La mujer se diferencia del hombre en su forma corporal, en el tamaño y volumen de sus órganos y en la distribución de la grasa del cuerpo; por lo tanto, ciertos parámetros, como la biodisponibilidad de las sustancias terapéuticas, son diferentes entre los sexos.

En consecuencia, es necesario analizar los problemas de salud desde la perspectiva de la mujer, ya que existen:

- enfermedades o procesos que la afectan de modo distinto que al hombre;
- enfermedades o procesos específicos de la mujer o de algunos grupos de mujeres;
- enfermedades o procesos que son más prevalentes en la mujer;
- enfermedades o procesos que son más graves en la mujer o en algunos grupos de mujeres;
- enfermedades o procesos con distintos factores de riesgo para la mujer o para algunos grupos de mujeres;
- enfermedades o procesos que requieren distintas intervenciones en la mujer o en algunos grupos de mujeres.

Hay una verdadera necesidad, en los niveles nacional, regional e internacional, de mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades en la mujer y de ampliar la investigación de las enfermedades y procesos que la afectan.

Los factores de riesgo para la salud pueden analizarse en relación con una amplia variedad de criterios, y las mujeres sometidas a riesgo pueden clasificarse según características tales como la edad, la situación socioeconómica, la alfabetización y el grado de educación, la estructura familiar y el grupo étnico. En párrafos posteriores se reseñan algunas características que influyen desfavorablemente en la salud de la mujer en distintos momentos de su vida. Este listado, que no es ni exhaustivo ni global, establece el contexto en el que puede invocarse la legislación sobre derechos humanos para proporcionar intervenciones de alivio, remedio y, preferiblemente, prevención.

### Riesgos para la salud durante la infancia

Ya en el momento de nacer, las niñas pueden significar una desilusión para sus padres a causa de su sexo. De hecho, hay pruebas de que en algunos países las parejas recurren al diagnóstico prenatal del sexo del feto con el único propósito de abortar a los fetos femeninos. Las recién nacidas que no son objeto de infanticidio pueden ser descuidadas en su alimentación y mo-

rir por desnutrición (18). Se ha demostrado que, al nacer, las niñas tienen ventajas sobre los niños y que son intrínsecamente más resistentes a las infecciones y a la malnutrición, pero las desventajas sociales contrarrestan con frecuencia este beneficio (27). Las hijas sobrevivientes sufren las agresiones de la malnutrición cuando sus madres establecen patrones de alimentación familiar que les son desfavorables. La discriminación en la nutrición no se limita a las clases sociales más empobrecidas (18).

Las niñas están en desventaja con respecto a la educación cuando sus padres no las mandan a la escuela, como sucede en los casos en que deben cuidar a sus hermanos menores o ayudar a sus madres en tareas domésticas tales como transportar agua, recoger leña para el fuego o preparar la comida. Por haberles sido negada la alfabetización, estas niñas no tienen la posibilidad de conocer por sus propios medios alternativas para su futuro ni de obtener conocimientos de salud preventiva como la higiene.

En ciertas regiones del mundo las niñas están expuestas, además, a un riesgo especial, la circuncisión femenina, condicionada por las distintas percepciones y valores de las familias y sociedades que la practican (28). Ejecutado por lo general antes de la menarca y a los ocho o nueve años de edad, este procedimiento es causa directa de numerosas dolencias y causa indirecta de muchas más. Sus consecuencias para la salud física varían según el método empleado. La infibulación, que es la forma más grave, puede provocar infecciones, téτανos, shock, hemorragia, septicemia y retención de orina. Entre sus complicaciones a largo plazo se encuentran las infecciones genitales y urinarias que pueden dar lugar a infertilidad, trastornos de la menstruación, fistulas vesicovaginales y problemas obstétricos, como la obstrucción del canal del parto, que pueden comprometer la salud e incluso la supervivencia de madres e hijos (29). La OMS calcula que entre 80 y 100 millones de mujeres del África subsahariana han sido sometidas a circuncisión y 15 millones de ellas a infibulación. Esta cifra no incluye las víctimas del sudeste asiático ni a las de las comunidades que emigran a los países desarrollados, donde se sabe que el problema también existe.

### Riesgos para la salud durante la adolescencia

Además de los efectos negativos para la salud acumulados a lo largo de una infancia desfavorecida, las mujeres jóvenes enfrentan riesgos adicionales durante su adolescencia. Su naciente sexualidad ofrece una promesa para su futuro, pero es también una fuente de vulnerabilidad si no son libres para decidir cuándo y con quién practicarán el sexo. El embarazo precoz es un riesgo, a menudo agravado por la deshonra y el ostracismo si se produce antes del matrimonio. Las tasas de mortalidad materna son especialmente altas en las madres adolescentes y el riesgo se multiplica por su propensión

a embarazos precoces repetidos. El abuso sexual y la presión familiar y económica para que las mujeres ejerzan la prostitución constituyen circunstancias adversas para la salud de las adolescentes, incluida la exposición a enfermedades de transmisión sexual. El riesgo de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) hace que muchos hombres busquen parejas cada vez más jóvenes. En muchos lugares, la explotación sexual predispone a las jóvenes al uso de drogas ilegales. Tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo las mujeres adolescentes pueden ser el blanco predilecto de la publicidad del tabaco y el alcohol, lo que contribuye a predisponerlas a las consecuencias inmediatas y de largo plazo de la dependencia de estas sustancias.

El embarazo o la maternidad pueden apartar a muchas jóvenes de los estudios, y las responsabilidades de la crianza y la atención de los hijos les impiden, en cualquier caso, asistir al colegio, con las consiguientes consecuencias para la salud derivadas de la mala educación y de las escasas oportunidades de conseguir empleo remunerado. El trabajo en el hogar, frecuentemente en el de los parientes políticos de la mujer, comprende la atención a los ancianos y a los enfermos, y la pesada carga física de cuidar a los animales y ocuparse de las labores agrícolas.

#### Riesgos para la salud de la mujer que trabaja en el hogar

El trabajo en el hogar, a menudo considerado erróneamente "desocupación", no supone menos riesgos para la salud que el trabajo industrial. Las tareas del hogar pueden exigir a las mujeres desnutridas que trabajen durante largas horas transportando cargas pesadas, preparando comidas en cocinas calentadas con combustibles generadores de humo y en espacios poco ventilados, y en la agricultura doméstica. La mujer suele estar mucho más expuesta que el hombre a los combustibles y a los productos químicos. Las lesiones provocadas por los accidentes en el hogar, incluidas las quemaduras y escaldaduras, son a menudo tan frecuentes como las que se producen en la industria. Las lesiones esqueléticas producidas por la acción de cargar grandes pesos, tales como el acarreo de agua, en ciertas partes del mundo son más comunes entre las mujeres que entre los hombres (30).

Cuando la mujer compite con el hombre por los puestos de trabajo, puede correr riesgos mayores debido al manejo de maquinarias pesadas u otras situaciones peligrosas, y cuando se dedica a empleos típicamente "femeninos" tiende a recibir bajos salarios a cambio de largas jornadas. El trabajo fuera del hogar suele significar una doble carga para la mujer, ya que después de ganarse su paga en una dura jornada debe realizar todas las tareas domésticas. Ello agrava su estado de salud y limita el tiempo que dedica a su propio cuidado y recuperación.

#### Salud en la reproducción

La siguiente definición refleja el concepto de salud de la OMS: la salud en la reproducción

es una situación en la que el proceso reproductivo se lleva a cabo en un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente en ausencia de enfermedad o de trastornos de dicho proceso. Por lo tanto, la salud en la reproducción implica que las personas tienen la capacidad de reproducirse, de regular su fertilidad y de practicar y disfrutar de las relaciones sexuales. Implica, además, que la reproducción se completa de modo satisfactorio a través de la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo sano del lactante y del niño. Por último, implica que la mujer puede vivir con seguridad el embarazo y el parto, que puede conseguir la regulación de su fertilidad sin riesgos para la salud, y que las personas pueden tener relaciones sexuales seguras (31).

Datos epidemiológicos y comparables demuestran que la falta de servicios obstétricos básicos, de atención prenatal y de servicios médicos relacionados con la salud en la reproducción producen tasas innecesariamente altas de morbilidad y mortalidad maternas (32, 33). La OMS calcula que cada año mueren 500.000 mujeres por causas obstétricas y que en los diferentes países el aborto clandestino puede llegar a producir un "25 a 50% de las muertes [maternas], sencillamente porque las mujeres no tienen acceso a los servicios de planificación de la familia que desean y necesitan, o no tienen acceso a procedimientos seguros o a tratamientos humanitarios de las complicaciones del aborto" (34).

Los datos demuestran también el peligro para la salud que implican los embarazos demasiado precoces, demasiado tardíos, demasiado frecuentes y a intervalos demasiado cortos a lo largo de la vida fértil de la mujer (35). Los abortos mal realizados pueden poner en peligro la vida, la salud y la fecundidad futura. La infertilidad no deseada, muchas veces consecuencia, a su vez, de infecciones debidas a la deficiente atención médica, trae apareada la imposibilidad de casarse, el divorcio o el abandono, y desventajas sanitarias asociadas con estas circunstancias, particularmente cuando la capacidad económica de la mujer ya es reducida a causa de la discriminación laboral que sufre en razón del sexo.

El temor a las relaciones sexuales que puedan producir un embarazo no deseado, a menudo relacionado con los riesgos físicos que entraña, reduce el goce de la salud por la mujer, si se aplica la definición de la OMS. Las presiones sociales y religiosas pueden hacer que la mujer adopte una actitud ambivalente respecto de su instinto sexual, al contrario de lo que ocurre con

los hombres, cuya virilidad agresiva con frecuencia se presenta y se percibe como un atributo positivo. Al revés de los hombres, las mujeres que son sexualmente activas antes o fuera del matrimonio suelen ser desvalorizadas pues se las considera seres inmorales y a menudo son estereotipadas como fuentes promiscuas de infección para el hombre.

Los especialistas en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y en la infección por el VIH tardaron en reconocer la repercusión de este virus en la salud de la mujer; sin embargo, la preocupación por estos procesos ha reflatado la imagen de la mujer "no como ser individual, sino como mero vector de la transmisión del virus" (36).

Solo recientemente se ha empezado a prestar atención al escaso número de datos obtenidos en los estudios clínicos sobre infección por el VIH en lo que se refiere a los efectos de los procesos de enfermedad o de las intervenciones médicas en la mujer. Se ha observado que:

el interés inicial por las mujeres infectadas por el VIH se centraba en su relación con el SIDA pediátrico a través de la transmisión perinatal. En la bibliografía médica apenas si se recoge un puñado de trabajos que enfocan las consecuencias de la infección en las mujeres no embarazadas (37).

La mujer puede estar en desventaja a la hora de protegerse frente a la infección por el VIH, no solo por su carencia de información, sino también por su falta de poder social para negar el coito a su pareja, para insistir en la utilización de preservativos o para obtener los nuevos preservativos femeninos (38). Cuando los profesionales de la salud son renuentes a prestar servicios a los pacientes infectados por el virus, las mujeres que son VIH positivas o con sospecha de positividad pueden ver impedido el acceso a las exploraciones ginecológicas, a la atención prenatal, al aborto terapéutico y a la atención obstétrica, quizá debido a la forma de vida de sus parejas. Se ha encontrado que los profesionales de la salud reaccionan haciendo juicios de valor ante pacientes con comportamientos de alto riesgo para la infección por el VIH, sin ser por ello sometidos a procesos disciplinarios por conducta incorrecta o por violación de las normas o reglamentos de sus instituciones (39, 40).

#### Violencia contra la mujer

Las lesiones corporales y psicológicas causadas por la violencia que se ejerce sobre las mujeres, incluida la agresión física de sus esposos, han sido identificadas, reconocidas y tratadas en forma insuficiente, en parte por el estigma asociado con las causas de dichas lesiones. Sin embargo, en ciertas comunidades no se considera que esté mal utilizar la fuerza física contra la

mujer, y los hombres agresivos no son objeto de estigma ni de condena. Se ha dicho que en los países industrializados estas agresiones causan más lesiones en las mujeres que los accidentes de tránsito, la violación y el robo con asalto combinados (41). A ello pueden sumarse los malos tratos a los ancianos, puesto que una gran proporción de estos son mujeres.

La incapacidad para identificar las lesiones de la mujer como infligidas deliberadamente por sus tutores o por sus parejas es paralela a la ineptitud médica para identificar las lesiones de los niños por los malos tratos de los adultos responsables. Desde la torpeza insensible hasta la violencia física pasando por la explotación, la mujer sufre, dentro y fuera de su hogar, agresiones a su integridad y a su cuerpo que atentan contra el concepto de bienestar, seguridad y estima que forman parte de la salud.

#### Otros aspectos de la salud de la mujer que son motivo de preocupación creciente

Puesto que la mujer se encuentra en una condición social más baja, la repercusión de muchas otras enfermedades sobre su salud ha sido mayormente ignorada. Así ocurre en el caso de enfermedades como la malaria, la lepra, la oncocercosis, la filariasis linfática, la leishmaniasis, la esquistosomiasis y la tuberculosis. En estudios recientes se ha comprobado que, aunque no se infecten con más frecuencia que los hombres, las mujeres tienden a sufrir consecuencias más graves (42). Ello se debe a menudo al estigma asociado con estas enfermedades, al hecho de que las mujeres suelen ignorar sus síntomas hasta que son demasiado graves y a que experimentan sentimientos de culpa cuando la enfermedad les impide llevar a cabo las tareas domésticas que se espera que realicen.

Hasta hace poco también se ignoraban en gran medida los efectos diferenciales según el género de enfermedades que, como el cáncer y las cardiopatías, son las principales causas de muerte de la mujer en los países industrializados. Lo mismo ocurría con el efecto diferencial de los fármacos usados para el tratamiento de estas enfermedades en hombres y mujeres (43). Los hombres han sido utilizados siempre como patrones de referencia en los ensayos clínicos, y solo ahora se empieza a comprender que esta referencia es insuficiente cuando se aplica a la mujer.

Los problemas de los ancianos, sobre todo en los países industrializados, están adquiriendo también una importancia creciente. Aunque, en promedio, la mujer vive más que el hombre, se ha prestado escasa atención a las diferencias de género en la calidad de vida de los ancianos o en las enfermedades que pueden sufrir. Se sabe que una de las consecuencias de la mayor esperanza de vida de la mujer es el aumento del lapso de morbilidad global.

## CAPÍTULO 3

# Medición del grado de cumplimiento de los tratados por los diferentes países

Cuando un Estado se encuentra obligado por un tratado internacional de derechos humanos a respetar determinado derecho, surge la cuestión de la definición legal de los alcances de ese respeto. Relacionada con ella, surge la cuestión de cómo se determina la observancia del derecho humano y, en particular, cómo se establece la violación del derecho. El objetivo de este capítulo es proporcionar un marco para abordar estas preguntas en el contexto de la salud de la mujer. A fin de obtener respuestas, es preciso desarrollar la interacción fecunda y la colaboración entre las organizaciones comprometidas en la defensa de los derechos humanos y de la salud de la mujer. Muy especialmente, es necesaria la colaboración entre las organizaciones que estudian los criterios usados para medir el grado de cumplimiento de los tratados sobre derechos humanos por los Estados y las que investigan los indicadores estadísticos de salud de la mujer.

Los organismos especializados que desarrollan indicadores estadísticos de rendimiento desempeñan un papel esencial, ya que permiten a los países demostrar su observancia de los tratados de acuerdo con los patrones de referencia de los derechos humanos internacionales (44, 45, 46). Los organismos defensores de los derechos humanos han logrado importantes progresos en la elaboración y perfeccionamiento de los criterios referidos a los derechos humanos en general (47) y a los derechos económicos, sociales y culturales en particular (48, 49, 50). A este respecto, los indicadores y criterios de la OMS ya existentes en relación con la salud de la mujer resultan útiles y pueden ser empleados por las organizaciones pertinentes para obtener resultados más completos.

### ¿Qué se pretende medir?

Al usar los indicadores mencionados en el punto anterior, las recomendaciones del Seminario sobre Indicadores Apropriados para medir los Logros en la Efectivización Progresiva de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales sugieren la necesidad de trabajar en los siguientes campos:



- dilucidar la naturaleza, el alcance y el contenido de los derechos específicos enumerados en el Pacto [Económico];
- definir con más precisión los aspectos de los derechos individuales que son de aplicación inmediata, incluyendo el contenido esencial de esos derechos y los patrones de consecución mínimos;
- identificar los pasos mínimos que deben dar los Estados Partes a fin de cumplir con su obligación legal de tomar medidas para la efectivización progresiva de los derechos, de acuerdo con los Principios de Limburgo sobre la ejecución del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Comentarios Generales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y los progresos alcanzados en otros foros internacionales de derechos humanos (51).

Si se consideran detalladamente los párrafos anteriores, se concluirá que sería necesario identificar y dilucidar, en primer lugar, el contenido básico de los derechos y obligaciones relacionados con la promoción y protección de la salud de la mujer. A continuación, sería preciso establecer los indicadores cualitativos y cuantitativos que ayuden a medir el cumplimiento de estas obligaciones por los Estados.

En sus Indicadores Globales para Monitorear y Evaluar la Salud para Todos en el Año 2000 (52), la OMS ha elaborado pautas para determinar la observancia de los derechos humanos internacionales que se relacionan con la salud. Estos indicadores pueden evaluar el estado de salud, por ejemplo la tasa de mortalidad infantil de una población. Otros pueden medir la cobertura de los servicios médicos, revelando, por ejemplo, la magnitud de la atención primaria de salud. En otros casos, estos indicadores reflejarán al cabo de un tiempo si un país está cumpliendo con su obligación legal de desarrollar la protección total del derecho a la asistencia sanitaria.

Los indicadores son instrumentos de evaluación neutros cuando se los refiere a criterios relacionados con las estadísticas demográficas y sanitarias que recopilan casi todos los países. Pueden servir de escudo contra la crítica si los países no cumplen con sus obligaciones legales de atender la salud de la mujer, y pueden proporcionar a los críticos armas para someter a escrutinio las prácticas de los países. Asimismo, pueden servir para que los Estados cumplan con la responsabilidad de notificación exigida en algunos tratados internacionales sobre derechos humanos, como la Convención de la Mujer. También permiten a las Comisiones de monitoreo que actúan bajo la autoridad de tales tratados describir la información que ellas requieren y advertir anticipadamente acerca de las obligaciones cuyo cumplimiento van a investigar.

Sin embargo, las estadísticas sobre cobertura de salud y estado de salud tienen limitaciones, ya que en general solo reflejan el promedio nacional y

no están desagregadas por sexo ni, entre otros aspectos, por nivel de ingresos. No siempre indican, por ejemplo, la falta de servicios sanitarios destinados a las mujeres que viven en las zonas rurales. En estos casos, podría ocurrir una violación del derecho de la mujer a la asistencia sanitaria por la falta de determinados servicios de salud y los datos desagregados por regiones podrían indicar la existencia de tal violación. Además, los datos sobre el estado de salud no indican necesariamente si las mujeres reciben una información apropiada sobre sus alternativas, es decir, que les permita elegir entre diferentes modalidades terapéuticas. En tal caso, podría haberse violado el derecho a la libertad, y la información sobre hechos específicos ayudaría a establecer si esa violación ha tenido lugar. Los indicadores no reflejan las causas de las violaciones en ninguna de estas situaciones, ni tampoco determinan si la responsabilidad legal es atribuible al Estado. Para establecer esa responsabilidad es preciso generalmente conocer las causas de las violaciones y su atribución al Estado.

La clase de indicadores necesarios depende del contexto de las experiencias de la mujer y de los derechos de que se trate. Los esfuerzos realizados en esta dirección deberían ser considerados parte de la investigación o de la evaluación periódica de los programas y servicios, y no como una sobrecarga del sistema de información de los servicios de salud. Conviene observar que en sus recomendaciones sobre la vigilancia de la consecución de las metas mundiales para los niños, tanto la OMS como el UNICEF instan a desagregar los indicadores según la edad y el entorno.

El contenido medular de los derechos relacionados con la promoción y protección de la salud de las mujeres deben aportarlo estas de acuerdo con sus requerimientos en relación con su propia salud. En el análisis legal, debe desarrollarse un método para determinar las necesidades de la mujer (53). Esto es de fundamental importancia puesto que por lo general las leyes han sido redactadas por hombres y ahora se sabe que estas leyes no siempre toman en consideración los efectos que producen en la mujer. Al abordar las necesidades de la mujer no solo se deberán tener en cuenta las consecuencias de las leyes para ella, sino también los efectos que tendrán, por ejemplo, para los sistemas de prestación de asistencia sanitaria, para la investigación médica y para la asignación de recursos.

El uso de datos empíricos y la aplicación de métodos legales sensibles a las necesidades de la mujer ayudan a explicar la negligencia de la ley respecto de la salud de la mujer y quizá permitan poner al descubierto antiguas creencias sobre la neutralidad de leyes que, en realidad, discriminan a la mujer en los aspectos más fundamentales.

Las encuestas y los estudios epidemiológicos, incluidos los realizados por las Naciones Unidas y sus organismos especializados (32), demuestran que la negligencia respecto de la salud de la mujer produce elevadas tasas de

muerte y enfermedad evitables en madres e hijos y lleva a la exclusión de la mujer del acceso a oportunidades educativas, económicas y sociales.

El reto consiste en asegurar la inclusión de la perspectiva de la mujer en los análisis legales, éticos y en otros estudios conexos sobre las circunstancias que rodean su vida, a fin de levantar el velo de invisibilidad que la cubre y comprender mejor, y remediar, las injusticias. Esta manera de enfocar la ley también puede aplicarse a la información médica y a la organización de los sistemas de asistencia sanitaria, y puede ser adoptada por los que conciben profundamente los problemas de salud de la mujer en los planos individual, comunitario y nacional. Cuando los indicadores se ajustan a las circunstancias del medio y de la salud de la mujer, sirven en primer lugar para demostrar la injusticia y, en segundo lugar, para medir la reforma.

¿Cuál es el alcance y el contenido de un derecho?

El alcance y el contenido de cada uno de los derechos humanos son específicos del derecho en cuestión, así como del objeto y propósito generales del tratado de derechos humanos que lo incluye. Así, el alcance de un derecho puede ser la no discriminación por razones de sexo, lo que exige la igualdad en el tratamiento del hombre y la mujer y el mismo acceso a los bienes públicos. En contraste con los derechos relativos a la no discriminación, otro derecho puede proteger la seguridad individual como tal. Esta protección no depende de que otros también la disfruten, sino de que a una mujer le sea negada su seguridad en una situación específica.

Además de los derechos a la no discriminación y de los derechos individuales, existen derechos humanos que permiten a las personas participar en los asuntos cívicos y públicos, como el derecho de reunión, y derechos que garantizan la satisfacción de las necesidades básicas para vivir, como la atención sanitaria. El alcance y el contenido de tales derechos evolucionan de acuerdo con las circunstancias de cada época. Si esos derechos han de aplicarse para mejorar la salud de la mujer, su alcance y su contenido deberán ser adaptados a cada situación por los responsables de la promoción y protección de esa salud. De lo contrario, los derechos seguirán siendo palabras abstractas e inanes que traicionan las esperanzas que inspiran.

¿Qué carácter posee la obligación de los Estados?

El carácter de las obligaciones de los Estados de hacer efectivos los derechos humanos en lo que concierne a la salud de la mujer varía de acuerdo con el alcance y el contenido específicos de cada derecho y con los "principios generales" aceptados por cada Estado al firmar el tratado de derechos humanos de que se trate. Por ejemplo, la obligación general de un Estado en lo que se refiere a los derechos protegidos por el Pacto Político es inmediata.

Su artículo de "principio general" dice:

Cada uno de los Estados Partes del presente Pacto se compromete a respetar y a garantizar [...] los derechos reconocidos en el presente Pacto (4).

La obligación del Estado consiste en "respetar" y "garantizar". Un Estado cumplirá la primera parte de esta obligación cuando no interfiera con el derecho, pero la segunda parte tiene un carácter mucho más amplio (54).

Los derechos reconocidos por el Pacto no son solamente derechos negativos, es decir que los Estados no deben obstaculizar las iniciativas individuales que pretendan hacer uso de ellos, sino también derechos positivos, es decir que los Estados deben adoptar medidas para que las personas accedan a ellos. Por ejemplo, la obligación de garantizar un derecho puede exigir al Estado que adopte medidas efectivas para sancionar a los funcionarios de Salud Pública que no informen correctamente a las mujeres sobre los peligros para la salud del trabajo desarrollado en instalaciones estatales.

El carácter de las obligaciones generales expresadas por el Pacto Económico, a la vez, inmediatas y progresivas:

Cada uno de los Estados Partes del presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos (5).

El compromiso de "adoptar medidas [...] con el objeto de lograr progresivamente [...] la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos" impone a los Estados Partes la obligación de actuar en un período razonable de tiempo. Estas medidas deben adoptarse de inmediato o poco después de la ratificación (55). Así, la obligación de adoptar medidas para hacer plenamente efectivos los derechos relativos a la salud exige dar pasos positivos para corregir las causas prevenibles más importantes de mortalidad prematura de la mujer, como la mortalidad materna. Si la mortalidad materna es baja, los Estados estarán obligados a corregir otros aspectos de la mala salud de la mujer, como el cáncer de mama o de cuello uterino.

La distinción habitualmente aceptada entre deberes negativos y deberes positivos de los Estados refleja la diferencia existente entre los derechos negativos y positivos de la persona. El deber negativo de un Estado es el deber de no intervenir en el ejercicio de los derechos de la persona. Se con-

sidera incumplimiento de un deber no negativo por un Estado el hecho de que un organismo del gobierno intervenga para obstruir la libre consecución de algo a lo que la persona tiene pleno derecho. El deber positivo exige al Estado que proporcione los medios para que las personas logren sus objetivos individuales. Puede considerarse que un Estado infringe un derecho positivo cuando no realiza esfuerzo alguno, de buena fe, por proveer los recursos necesarios para satisfacer el derecho en cuestión.

La interpretación legal demostrará si un derecho determinado requiere únicamente la no intervención del Estado, o solo que intervenga positivamente para proporcionar servicios, o si el derecho es más complejo y comprende deberes positivos y negativos. Por ejemplo, el derecho a la protección de la salud frente a la infección por el VIH tiene una faceta negativa, ya que el Estado no debe obstaculizar el acceso a la información sobre las formas de transmisión y los medios de prevención, y también una faceta positiva, pues el Estado debe educar a la población sobre el riesgo y los métodos de prevención de esta enfermedad.

La demostración de la observancia por un Estado de sus obligaciones positivas y negativas respecto de un derecho dependerá de la interpretación legal que se haga de la naturaleza de ese derecho y de la experiencia adquirida en la práctica. La interpretación legal de un derecho se refiere a los términos del tratado y a la práctica legalmente aceptada exigida para hacerlo efectivo. Tanto el cumplimiento como la violación de los derechos humanos por parte de un Estado pueden comprobarse por referencia a los hechos y las estadísticas. Una persona puede demostrar que ha ocurrido un hecho, tal como la obstaculización por un gobierno del acceso a un servicio de salud, que se afirma constituye una interferencia ilegítima con un derecho negativo, o la denegación de un servicio debido, que se considera violación de un derecho positivo. La observancia o inobservancia por parte de los Estados de sus obligaciones de proteger los derechos positivos puede ser demostrada no solo por incidentes específicos sino también por referencia a los patrones vigentes.

Un Estado puede satisfacer un deber positivo mediante la provisión general de un servicio sanitario, sin verse obligado a resolver cada exigencia individual. Un grado de provisión tal que satisfaga una norma establecida internacionalmente demostrará la conformidad con las obligaciones del tratado. Por el contrario, el deber del Estado de no interferir en el ejercicio de un derecho humano podrá considerarse incumplido cuando se demuestre un caso de interferencia achacable al Estado.

En términos tanto de los deberes positivos de hacer efectivos los derechos mediante el cumplimiento de normas como de los deberes negativos de no interferir con el goce individual de los derechos, los Estados están obligados en virtud de los principios generales de la legislación internacional sobre

derechos humanos a promover los derechos humanos que se han comprometido a respetar. Deben adecuarse a las normas de observancia de los deberes positivos y negativos de modo tal que satisfagan el principio legal dinámico de desarrollo progresivo hacia la efectivización de los derechos humanos. Se espera que los resultados de la aplicación de las normas establecidas vayan mejorando con el tiempo. Se espera también que la no intervención del Estado en el goce individual de los derechos negativos adquiera carácter universal, si fuere necesario mediante una legislación que prohíba la intervención o que exija que las leyes sean consideradas subordinadas a esos derechos o compatibles con ellos.

---

## CAPÍTULO 4

### Legislación internacional en derechos humanos para mejorar la salud de la mujer

**E**l siguiente análisis de la legislación internacional en derechos humanos para el mejoramiento de la salud de la mujer comienza con el derecho de estar libre de toda forma de discriminación, y se ocupa luego de los derechos a la vida, la libertad y la seguridad de la persona; a la familia y la intimidad; a la información y la educación; a la salud y la atención médica, y a los beneficios del progreso científico, y de los derechos relacionados con el ejercicio de la potestad de la mujer (véase el Anexo 2). Se brindan ejemplos sobre la forma en que cada uno de estos derechos ha sido o podría ser aplicado a los problemas de salud de la mujer. Los derechos mencionados pueden aplicarse de distinta forma en los diferentes países, de acuerdo con las normas vigentes de los servicios de salud, el creciente conocimiento sobre los temas de salud y la percepción de la manera en que pueden prevenirse y tratarse eficazmente en términos de costos los problemas relacionados con la mala salud de la mujer.

La aplicación de los derechos humanos internacionales se investiga a través de categorías de derechos que son, a la vez, discretas y legalmente diferenciables. La salud de la mujer tiene aspectos que a menudo traspasan las fronteras que separan un derecho legal de otro. Sus defensores tienden a invocar varios derechos que, en su opinión, han sido violados conjuntamente. Para ello identifican los artículos específicos de los convenios que contienen determinados derechos, dejando que los tribunales diferencien en sus sentencias un derecho de otro. Sin embargo, para tratar la salud de la mujer es necesario considerar simultáneamente varios derechos que suelen ser transgredidos en casos particulares.

El derecho de la mujer a no sufrir ningún tipo de discriminación

La Convención de la Mujer (véase el capítulo 1) establece que el estado de inferioridad y opresión de la mujer no es solo un problema de desigualdad entre hombres y mujeres sino, sobre todo, una consecuencia de la discriminación por motivos de sexo y género contra estas últimas. La Convención pretende liberar a las mujeres para que puedan realizar su potencial individual y colectivo, y no solamente permitirles alcanzar el mismo grado de

protección de sus derechos de que disfrutaran los hombres. Para ello, la Convención de la Mujer trasciende la meta de no discriminación entre los sexos que exigen la Carta de las Naciones Unidas, la Declaración Universal de Derechos Humanos, los dos pactos internacionales que la implementan y los tres tratados regionales de derechos humanos, para enfocar la posición desventajosa de la mujer en todas las facetas de su vida, incluida la salud.

A diferencia de los tratados sobre derechos humanos precedentes, la Convención de la Mujer delimita la norma legal como la prohibición de todas las formas de discriminación contra la mujer, diferenciándola de la norma más restringida de no discriminación entre los sexos. Es decir, desarrolla la norma legal a partir de una norma neutra en cuanto al sexo, que exige la igualdad de trato entre hombres y mujeres y que generalmente se mide según la escala con que los hombres son tratados, para reconocer el hecho de que la naturaleza de la discriminación contra la mujer y sus características distintivas de género exige una respuesta legal definida. De manera que la Convención está capacitada para enfocar la naturaleza particular de las desventajas que enfrenta la mujer en la esfera de la salud.

La definición del artículo 1 de la Convención de la Mujer afirma:

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

Una ley que establezca una distinción cuyo efecto o propósito sea reducir los derechos de la mujer tendrá carácter discriminatorio y violatorio de la definición de la Convención y, en consecuencia, deberá ser modificada por el Estado Parte. La discriminación contra el género femenino lesiona el objetivo y propósito de la Convención de la Mujer.

La inclusión de la expresión "todas las formas" en el título de la Convención de la Mujer subraya la determinación, descrita en el párrafo 15 del preámbulo, de suprimir "esta discriminación en todas sus formas y manifestaciones". En su párrafo 8 el preámbulo expresa preocupación porque "en situaciones de pobreza la mujer tiene un acceso mínimo a la alimentación, la salud, la enseñanza, la capacitación y las oportunidades de empleo, así como a la satisfacción de otras necesidades". En consecuencia, la Convención reconoce a las mujeres el derecho a disfrutar del mismo modo que los hombres no solo de los llamados derechos políticos y civiles "de primera generación", como el derecho a casarse y fundar una familia, sino también de los

derechos económicos, sociales y culturales de "segunda generación", como el derecho a la asistencia sanitaria.

Cuando la Convención de la Mujer prohíbe todas las formas de discriminación, incluso la discriminación privada, pretende ser totalizadora. Reconoce que la mujer no solo es víctima de desigualdades específicas y evidentes, sino también de formas generalizadas y sutiles de discriminación en razón del sexo y del género que están entrelazadas en la trama política, cultural y religiosa de sus sociedades. Al consignar "todas las formas" de discriminación sufridas por la mujer, la Convención exige a los Estados que se enfrenten a las causas sociales de la desigualdad de la mujer en todas las esferas, incluyendo la esfera de la atención médica.

El artículo 12 de la Convención de la Mujer prohíbe todas las formas de discriminación contra esta en la prestación de atención médica y declara:

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 los servicios de atención médica, inclusive los relacionados con 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.

Sería necesario examinar con cuidado todas las leyes relacionadas con la salud de la mujer para comprobar que no contienen discriminación medianamente, por ejemplo, la perpetuación o trivialización de los estereotipos sexuales que impiden considerar a la mujer de acuerdo con sus propios méritos. Desde un punto de vista biológico, la posibilidad de embarazarse diferencia a la mujer del hombre. Por ende, podrá demostrarse que las desventajas asociadas con el embarazo, como la exclusión de la educación, de la función pública o de los empleos en general (excepto en los casos en que la ausencia de embarazo sea un requisito laboral *bona fide*), son formas de discriminación ilegítima contra la mujer, ya que solo ella puede sufrir tales desventajas. Las leyes que niegan o limitan el acceso de la mujer a los servicios médicos, o que hacen que este acceso dependa de la autorización de terceros, atentan contra los derechos de la mujer; a la vez, atentan contra la potestad de la mujer para proteger su propia vida y su salud y para formar familias del

tamaño y estructura que les resulten más convenientes para proteger su salud y la de sus familias. Las leyes que restringen de este modo el acceso de la mujer a los servicios médicos las colocan en situación desventajosa respecto de los hombres y, en consecuencia, constituyen formas de discriminación contra ella.

Algunos países firmantes de la Convención de la Mujer han incluido sus cláusulas en la legislación nacional. Así, el Ministerio de Salud Pública de Colombia ha interpretado recientemente el mandato de esta Convención y ha introducido en la legislación sanitaria nacional una perspectiva de género que considera "la discriminación social de la mujer como un elemento que contribuye a su mala salud" (56). Para incorporar la Convención de la Mujer a la legislación colombiana (57, 58), se introdujo el artículo 12 sobre prestación de atención médica en la nueva Constitución del país (59) de 1991.

En 1992, el estado de São Paulo (Brasil) y muchos de sus municipios elaboraron su propia Convención, basada en los principios de la Convención de la Mujer. En efecto, la Convención de São Paulo sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, exige el desarrollo de un Programa de Atención Global de la Salud de la Mujer. Este programa subraya la necesidad de diseñar una amplia gama de servicios de salud para la mujer que abarque los de salud reproductiva, prevención del cáncer, atención de la menopausia, de la ancianidad, y de la violencia de que son víctimas y, por ejemplo, los destinados a grupos de mujeres que presentan mayor incidencia de procesos tales como la anemia. También exige la adopción de medidas para favorecer el parto normal y combatir el uso indiscriminado de las intervenciones cesáreas (60).

### *Eliminación de los estereotipos de la feminidad*

Quizás el mayor reto planteado al mejoramiento de la salud de la mujer sea la necesidad de hacer efectivo el artículo 5(a) de la Convención de la Mujer. Según este artículo, los Estados Partes se comprometen a tomar todas las medidas apropiadas para:

Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basadas en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres o mujeres.

Por ejemplo, la mutilación genital femenina refleja una percepción estereotipada según la cual la mujer puede ser legítimamente objeto de cir-

gía no terapéutica para cumplir las normas específicas de género de su comunidad. Aunque ambos sexos pueden ser igualmente transgresores de la castidad, y aunque los adúlteros sean igualmente condenados, la pérdida de la virginidad constituye un estigma y un obstáculo al casamiento mayores para la mujer que para el hombre, ya que la salud de este último no corre peligro debido a prácticas que preserven su virginidad premarital.

El artículo 5(x) es más amplio y señala la necesidad de estudiar esas prácticas. Puede emplearse para exigir a los Estados que eduquen a los que condonan y practican la circuncisión femenina, explicando sus efectos lesivos (61, 62) y prohibiéndola por ley cuando proceda (63, 64).

Cuando la comida escasea, bien porque las cosechas son insuficientes, porque el clima no es propicio o por las propias circunstancias socioeconómicas de la familia, en la alimentación se les da prioridad a los hombres, de modo que los alimentos son primero para el esposo, luego para los hijos y solo después para la madre y las posibles hijas de la familia. Esta práctica está reforzada en algunas culturas en las que las mujeres consideran que la supervivencia de sus maridos e hijos es un factor clave para su propia supervivencia. De igual modo, en ciertas culturas la lactancia materna se suministra a las hijas durante menos tiempo que a los hijos. La incidencia de desnutrición y anemia en las niñas está directamente relacionada con las tasas de enfermedad y mortalidad.

### *Eliminación de las prácticas de autorización del esposo*

Con frecuencia las leyes están formuladas de modo tal que resultan desventajosas para la salud de la mujer. Ello puede deberse a que su principal objetivo no es la promoción de la salud como tal, sino la preservación de otro valor social, como la protección paternalista del pudor de la mujer. Por ejemplo, las prácticas de veto conyugal exigen que la esposa cuente con la autorización de su esposo para ser sometida a exploración física por un profesional de la salud, mientras que no se requiere una autorización equivalente para el marido. Esta práctica se mantiene en contra de los intereses de la salud de la mujer y en contra de su derecho a estar libre de todas las formas de discriminación (65), quebranta la Convención de la Mujer y, en consecuencia, debería ser abolida por todos los Estados que la han firmado.

Debería incitarse a los ministerios o departamentos de salud pertinentes a promulgar normas correctoras que estipulen que la ley no exige la autorización conyugal, que esta es contraria al derecho de no discriminación entre los sexos y que contraviene la ética profesional de los trabajadores de la salud, cuya obligación es salvaguardar los intereses de la mujer en cuanto a su salud y respetar su intimidad y autonomía en lo que hace a la confiabilidad de los servicios médicos. Así hizo el Ministerio de Salud de Swazilandia,

al señalar que la práctica de solicitar la autorización del cónyuge o responsable de la paciente resulta "contraria a la profesionalidad del trabajador sanitario" (65).

El derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad

#### *El derecho a la vida*

La muerte evitable, no solo durante el embarazo o el parto sino también como resultado de la acumulación de desventajas sanitarias, atenta contra el derecho humano más elemental de la mujer, el derecho a la vida, también descrito como derecho a la supervivencia. El artículo 6(1) del Pacto Político establece que: "El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente".<sup>1</sup>

Tradicionalmente, este derecho ha sido examinado solo bajo la óptica del contexto legal de las obligaciones de los Estados. Partes de garantizar que los tribunales observen las normas de procesamiento debidas antes de imponer la pena de muerte (66). Esta manera de entender el derecho a la vida es claramente masculina, puesto que a los hombres les resulta más próxima la idea de la pena capital que la de muerte durante el embarazo o el parto. Los enfoques legales feministas sugieren que esta interpretación del derecho a la vida no toma en cuenta la realidad histórica de la mujer, que persiste en las regiones del mundo de las que procede la casi totalidad de las 500.000 mujeres que mueren cada año por causas obstétricas. El Comité de Derechos Humanos establecido por el Pacto Político señaló que muy frecuentemente

el derecho a la vida ha sido interpretado en forma demasiado estrecha. La expresión "derecho inherente a la vida" no puede entenderse apropiadamente de manera restrictiva, y la protección de este derecho exige que los Estados adopten medidas positivas (67).

El Comité considera deseable que los Estados Partes del Pacto Político adopten todas las medidas posibles para reducir la mortalidad infantil y aumentar la expectativa de vida. Una meta compatible con esta es la reducción de la mortalidad materna mediante, por ejemplo, la promoción de métodos de espaciamiento entre los embarazos.

<sup>1</sup> Este artículo refleja el artículo 3 de la Declaración Universal y se le da aún más énfasis, por ejemplo, en el artículo 2 de la Convención Europea, el artículo 4 de la Convención Americana y el artículo 4 de la Carta Africana.

El derecho de la mujer a la supervivencia la faculta para acceder a los servicios médicos apropiados (68, 69) y puede argumentarse que toda legislación que dificulte tal acceso viola las disposiciones de la legislación internacional sobre derechos humanos (70). Sin embargo, ese mismo argumento puede ampliarse cuando la amenaza a la vida de la mujer no solo procede de su estado de salud, sino también de su pertenencia a un grupo con alto riesgo de mortalidad y morbilidad maternas. El derecho colectivo a la supervivencia de las mujeres de los grupos de riesgo plantea la cuestión de si los Estados tienen la obligación positiva de ofrecer a estos grupos los servicios médicos apropiados o, al menos, la enseñanza y el asesoramiento necesarios para hacerles conocer los riesgos y las formas de contrarrestarlos. Podría muy bien invocarse la Carta Africana, que otorga la mayor importancia a los derechos colectivos,<sup>2</sup> e impone a los gobiernos africanos la obligación de efectivizar los derechos de los grupos de personas que corren los mayores riesgos de muerte debido a embarazos no deseados.

#### *El derecho a la libertad y al consentimiento informado*

Durante la prestación de los servicios médicos se producen grandes abusos contra la libertad y autonomía de la mujer, en parte por la ausencia de obligación o la interpretación errónea del concepto legal de consentimiento informado. La forma en que se ofrece y se presta un servicio médico puede ser, en algunos casos, un elemento clave para el éxito o fracaso de la promoción de la salud ejercida por ese servicio. El artículo 9(1) del Pacto Político hace una vigorosa defensa de la integridad individual cuando dice que:

Todo individuo tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales [...] Nadie podrá ser privado de su libertad, salvo por las causas fijadas por ley y con arreglo al procedimiento establecido en esta.<sup>3</sup>

Es mucho lo que puede hacerse para mejorar la aplicación del principio del consentimiento a fin de asegurar que las mujeres reciban la información suficiente que les permita tomar una decisión con conocimiento de causa sobre el tratamiento médico u otro tratamiento de salud propuesto. El concepto legal del consentimiento informado es más fácil de entender como el derecho a tomar decisiones con conocimiento de causa sobre el propio futuro. Incluso los tribunales que no se rigen por doctrinas detalladas sobre el

<sup>2</sup> Véase el preámbulo y los artículos 4, 16, 18, 22 y 29 de la Carta Africana.

<sup>3</sup> Este artículo refleja el artículo 3 de la Declaración Universal y le da aún más énfasis, por ejemplo, en el artículo 2 de la Convención Europea, en el artículo 4 de la Convención Americana y en el artículo 4 de la Carta Africana.

consentimiento médico aceptan que la libertad individual está implicada en la elección terapéutica. El concepto se articula con el principio ético, más amplio, del respeto al ser humano, que exige considerar la autonomía de las personas competentes y la protección de las personas vulnerables cuando sean incapaces de tomar decisiones, como ocurre con los menores o con los que están mentalmente disminuidos (71).

El concepto de consentimiento informado respecto del tratamiento propuesto implica dos exigencias:

- que la elección terapéutica se informe adecuadamente;
- que el consentimiento se otorgue o retire libremente.

El concepto de consentimiento informado se utiliza a menudo para cubrir ambos aspectos de la elección: el consentimiento o disentimiento informado y el derecho a la elección sin coacciones. El derecho a la elección con conocimiento de causa en los servicios médicos, la autoayuda y las medidas de salud preventiva se relaciona con el derecho a la educación y a la alfabetización y con los derechos a la información y a la libertad de pensamiento y asociación. Los derechos humanos de los eventuales receptores de servicios de salud deben entenderse como compatibles con las correspondientes obligaciones de las personas calificadas para prestar dichos servicios.

El consentimiento simple puede consistir en el mero acuerdo de llevar a cabo la intervención que se propone. Este acuerdo a veces se califica solo de "aceptación", como ocurre en el caso de los menores que aceptan ser tratados con autorización de sus padres. Para ejercitar una verdadera elección con conocimiento de causa, la mujer que decide recibir un servicio de salud debe tener conocimientos suficientes acerca de:

- la intervención que se le propone;
- las consecuencias de rechazar el tratamiento;
- las formas alternativas de manejar sus circunstancias.

El papel de la información es contribuir a la libertad de elección de la persona en cuanto a aceptar o no una modalidad de tratamiento propuesta y no consiste en persuadirla o condicionarla para que decida en un sentido determinado, aun cuando el médico que brinda la información crea que lo hace en defensa de los mejores intereses de esa persona. En otras palabras, el derecho a la elección con conocimiento de causa comprende el derecho a hacer lo que los profesionales de la salud puedan juzgar como una elección errónea. La medicina paternalista tiende a considerar a la mujer incompetente en cuanto a su capacidad de decisión cuando no sigue las recomen-

daciones de los profesionales y a pensar, en consecuencia, que otro debe tomar las decisiones por ella.

La información para el ejercicio de la elección suele comprender una descripción ecuaníme de la forma de tratamiento propuesta y descripciones ecuanímes de las posibles alternativas (posponer el tratamiento o no efectuar ninguno), los resultados conocidos de cada opción terapéutica (es decir, sus tasas de éxito y de fracaso), los riesgos asociados con cada una (con éxito o sin éxito) y el efecto probable de cada forma de tratamiento en la vida cotidiana de la persona. El hecho de que la investigación sobre las características distintivas de la salud y la enfermedad de la mujer hayan sido insuficientes significa que el conocimiento sobre el que se basa la información proporcionada por los profesionales de la salud no ha sido necesariamente sensible a las circunstancias y necesidades específicas de la mujer y que el tratamiento propuesto puede, de hecho, empeorar su salud. Así pues, es preciso que la investigación se oriente a la obtención de datos de salud específicos de la mujer a fin de respetar el derecho humano de esta a recibir una información pertinente.

Cuando una paciente no recibe la información apropiada sobre la tasa de fracasos de un método de planificación de la familia que piensa aceptar, y cuando el uso del método en cuestión produce un embarazo no deseado o una infertilidad no deseada, se está lesionando gravemente la libertad personal y la autonomía específica de la mujer. Los profesionales de la salud tienen la obligación ética y legal de proporcionar a las mujeres una información correcta sobre las tasas de fracaso de las medidas anticonceptivas, para que ellas puedan tomar las decisiones del caso basándose en un verdadero conocimiento de causa.

La decisión de aceptar o no un tratamiento médico no es, en sí misma, una decisión médica, es una decisión estrictamente personal. Cada mujer debe tomar su decisión según su personalidad, sus preferencias y rechazos, su comodidad o incomodidad y sus objetivos vitales, y actuar de acuerdo con sus percepciones personales, familiares, sociales, filosóficas y conexas. La misión de los profesionales de la salud consiste en brindar la información médica y sanitaria suficiente para contribuir a la capacidad de decisión individual sin distorsionarla ni desequilibrarla.

Además, la mujer debe elegir libremente, sin coacciones ni exceso de persuasión. El profesional sanitario que brinda la información no debe incrementar las presiones y esperanzas naturales de la mujer. Las mujeres que acuden a los servicios de salud tienden a sentirse dependientes del personal sanitario. Les desagrada aparecer como incumplidoras o desgradecidas, de manera que suelen sentirse obligadas a aceptar cualquier cosa que se les proponga, sobre todo cuando personas con mayores conocimientos médicos afirman hacer la propuesta por su propio bien.



Para que la mujer pueda decidir libremente debe actuar según sus preferencias. No debe verse condicionada a actuar conforme a la voluntad de otros por su dependencia hacia ellos en lo referente a su asistencia actual o futura o la de su familia, y no debe sentirse obligada a sacrificarse para pagar por la ayuda que recibe.

En el Brasil la esterilización solo puede llevarse a cabo legalmente por motivos "terapéuticos" (72). Un motivo terapéutico es que una paciente haya sido objeto de un procedimiento quirúrgico. En consecuencia, las mujeres eligen a disgusto la práctica de la cesárea para dar a luz a sus hijos a fin de cumplir posteriormente con el requisito "terapéutico" necesario para la esterilización (73). Se trata de un condicionamiento éticamente inaceptable de la capacidad de la mujer de decidir sobre la cesárea. El consentimiento tal vez sea informado, pero no es libre.

El condicionamiento de la elección plantea problemas relacionados con los derechos humanos, no necesariamente en cuanto a la capacidad individual, sino referidos a la capacidad general de la mujer de elegir los métodos médicos con los que desea dar a luz a sus hijos. En este campo, los indicadores basados en los porcentajes de partos naturales o por cesárea podrían ser pertinentes.

Los profesionales de la salud que brindan asesoramiento o tratamiento inapropiados a las personas, al igual que los que les deniegan incorrectamente el tratamiento adecuado a los pacientes de los que son responsables, se enfrentan a tres fuentes primarias de responsabilidad legal (74):

- Pueden ser acusados de inconducta profesional por quienes autorizan su práctica profesional y por cualquier asociación voluntaria de la que forman parte y cuya capacidad de disciplinar la conducta profesional incorrecta hayan aceptado.
- Si han manipulado a una persona de una manera no autorizada por la ley o que exceda tal autorización o que difiera de lo que fue autorizado, pueden ser querrelados para que compensen las lesiones (o la manipulación no autorizada), o pueden ser procesados por delitos conexos con los de lesiones.
- Cuando no han brindado una información apropiada a los pacientes cuyo consentimiento informado debían facilitar y obtener, pueden ser acusados de negligencia. Según la ley, esta se produce cuando el profesional no cumple con el requisito legal de revelar la información con la consecuencia de que el paciente sufre lesiones que no se hubieran producido de haber sido otra la decisión. A menudo se exige a los profesionales sanitarios que proporcionen una información pertinente sobre las opciones que tiene la mujer.

Las exigencias legales destinadas a reforzar el deber del profesional sanitario de tratar a sus pacientes con respeto y cuidado muchas veces solo tienen valor simbólico. De hecho, en muchos países los procedimientos formales de la ley son inaccesibles para muchas personas y los mecanismos de las autoridades responsables de los servicios médicos y de las asociaciones profesionales se encuentran también fuera de su alcance. Los propios Estados pueden ser responsables según la legislación internacional de derechos humanos y ante los organismos y tribunales internacionales, cuando autorizan o permiten la prestación de servicios sanitarios sin el debido control de los usuarios. Este puede ser el caso, muy especialmente, cuando los prestadores de los servicios de salud no están obligados a compensar o reparar de algún otro modo las violaciones de los derechos humanos de los usuarios de los servicios de salud o de aquellos a quienes se deniega la prestación.

En condiciones normales, un requisito indispensable para poder demandar el cumplimiento de las responsabilidades asumidas a un Estado ante un tribunal internacional es que los demandantes hayan acudido primero a los tribunales nacionales y hayan agotado los recursos locales. Hay que dar al Estado la oportunidad de corregir, a través de su sistema legal, los daños causados a una persona. Sin embargo, cuando los recursos legales no existen o son inaccesibles, puede exigirse directamente el cumplimiento de la responsabilidad del Estado en el marco internacional.

En muchas circunstancias, pensar que puede demandarse una compensación económica o de otro tipo ante los tribunales locales puede parecer utópico. Pero cuando las instancias locales son inaccesibles, los Estados son responsables en forma más directa ante la legislación internacional de derechos humanos por los daños causados por la prestación de servicios médicos que lesionan esos derechos.

Cuando la compensación individual es accesible, la posición de desventaja de la mujer puede verse agravada y acentuada. La base de la compensación económica consiste normalmente en devolver a la paciente la posición que hubiera tenido si el daño no se hubiese producido, en la medida en que la diferencia pueda calcularse en términos económicos. Esta medida de la compensación suele exigir al demandante que demuestre, haciendo un balance de las probabilidades, que su salud se habría beneficiado si el servicio sanitario se hubiera prestado correctamente.

Ahora bien, la parte acusada de mal procedimiento puede alegar en su defensa que las circunstancias generales de la paciente eran tan difíciles o deficientes que no sería posible demostrar que se hubiese beneficiado de no haberse producido el daño. En consecuencia, a menos que la demandante pueda demostrar que el servicio sanitario podría haber supuesto una diferencia neta para su esperanza de vida o para su capacidad funcional, su demanda puede ser rechazada. El asunto se agrava cuando la demanda se

debe a un daño con resultado de muerte, ya que en los lugares donde la mortalidad es muy elevada puede ser imposible demostrar que otra mujer, bajo las mismas circunstancias de salud de la víctima, hubiese podido sobrevivir.

### *El derecho a la seguridad de la persona*

En su sentido más amplio, el derecho a la seguridad es equiparable al derecho al bienestar y coincide con el concepto de salud de la OMS. La salud contribuye a la seguridad y esta es un componente esencial de la salud. En la legislación internacional sobre derechos humanos, las consideraciones en que se basa la evaluación de la seguridad comprenden la capacidad de dar el consentimiento informado. La inseguridad no se refleja solamente en la falta de salud y de recursos, sino también en la vulnerabilidad frente a las desventajas. La seguridad se plantea en términos sencillos en la primera frase del artículo 7 del Pacto Político, que dice:

Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

En la segunda y última frase de este mismo artículo se contempla su aplicación a las intervenciones médicas y a la denegación de la atención médica solicitada, pues se indica que:

En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento, a experimentos médicos o científicos.

Aun sin considerar la experimentación, la denegación de la atención médica y la imposición de un estado de salud no deseado implican crueldad. Sin embargo, la degradación del tratamiento de la mujer, como ocurre cuando es tratada como un ser inferior y cuando la preservación de su vida y su salud constituye un factor de escasa prioridad en la asignación de recursos sanitarios, supone una inseguridad más generalizada.

La legislación y la práctica de los derechos humanos tienden a centrarse en la seguridad frente a daños producidos deliberadamente. Gran parte de la violencia ejercida contra la mujer, que le impide o dificulta gozar de su propia vida, se produce en su propio hogar y a manos de aquellos a quienes cuida y que afirman cuidar de ella.

La exposición a la violencia, sexual y no sexual, a menudo comienza en la misma infancia. El artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño exige a los Estados:

proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual.

Las niñas son particularmente vulnerables puesto que sus mayores valores parecen ser, paradójicamente, su disponibilidad sexual y su castidad. La circuncisión femenina como recurso para la conservación de la virginidad antes del matrimonio expone a las niñas a las conocidas consecuencias físicas y mentales que esta produce (28, 29, 61, 62). La terminación del embarazo de las muchachas jóvenes, dentro o fuera del matrimonio, también ocasiona riesgos a su salud.

El derecho a la familia y a la intimidad

### *El derecho al matrimonio y a fundar una familia (75)*

El artículo 23 del Pacto Político y el artículo 10 del Pacto Económico reconocen que la familia es "el elemento natural y fundamental de la sociedad". El primero señala que "se reconoce el derecho del hombre y de la mujer a contraer matrimonio y a fundar una familia si tienen edad para ello".<sup>4</sup> El segundo afirma que "se debe conceder especial protección a las madres durante un período de tiempo razonable antes y después del parto. Durante dicho período, a las madres que trabajen se les debe conceder licencia con remuneración o con prestaciones adecuadas de seguridad social" (5).

El Comité de Derechos Humanos, en sus Comentarios Generales al artículo 23 del Pacto Político, explica que:

El derecho a fundar una familia implica, en principio, la posibilidad de procrear y de vivir juntos. Cuando los Estados Partes adopten políticas de planificación de la familia, estas han de ser compatibles con las disposiciones del Pacto y sobre todo, no deberán ser ni discriminatorias ni obligatorias (76).

El derecho a fundar una familia no se respeta adecuadamente cuando no implica más que el derecho a concebir, gestar y parir un hijo.

El acto de la "fundación" trasciende la sumisión pasiva a lo meramente biológico. Comprende el derecho de la mujer a planificar positivamente, regular y espaciar los nacimientos de sus hijos a fin de proteger al máximo la

<sup>4</sup> Este artículo refleja el artículo 16 de la Declaración Universal y se le da aún más énfasis en, por ejemplo, el artículo 12 de la Convención Europea, el artículo 17 de la Convención Americana y el artículo 18 de la Carta Africana.

salud de estos y la suya propia (77). El artículo 16(1)(e) de la Convención de la Mujer exige a los Estados Partes que aseguren a esta el goce de:

[los mismos] derechos a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.

En su reunión de 1994, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer adoptó una recomendación general sobre la igualdad en el matrimonio y las relaciones familiares y declaró, haciendo referencia al artículo 16(1)(e) de la Convención de la Mujer, que:

Las obligaciones de la mujer vinculadas a la crianza y educación de los hijos afectan a su derecho de acceso a la educación, al empleo y a otras actividades referentes a su desarrollo personal, además de imponerle una carga de trabajo injusta. El número y espaciamiento de los hijos repercuten de forma análoga en la vida de la mujer e influyen también en su salud física y emocional, así como en la de sus hijos. Por estas razones, la mujer tiene derecho a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos.

En algunos informes se revelan prácticas coercitivas que tienen graves consecuencias para la mujer, como el embarazo, el aborto o la esterilización forzados. La decisión de tener o no tener hijos, si bien de preferencia debe adoptarse en consulta con el cónyuge o el compañero, no debe, pese a ello, estar limitada por el cónyuge, el padre, el compañero o el Gobierno. A fin de adoptar una decisión con conocimiento de causa respecto de medidas anticonceptivas seguras y fiables, la mujer debe tener información respecto de los métodos anticonceptivos y su empleo, así como acceso garantizado a la educación sexual y a los servicios de planificación de la familia, según se dispone en el inciso h del artículo 10 de la Convención.

Hay amplio acuerdo en que cuando se dispone libremente de medidas apropiadas para la regulación voluntaria de la fertilidad, mejoran la salud, el desarrollo y el bienestar de todos los miembros de la familia. Además, dichos servicios mejoran la calidad general de vida y la salud de la población, y la regulación voluntaria del crecimiento demográfico ayuda a conservar el medio ambiente y a hacer realidad el desarrollo económico y social sostenible.

Al comentar el artículo 16(1)(e) de la Convención de la Mujer, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer explica que: "el derecho de la mujer a ejercitar plena y libremente sus funciones reproductoras, incluido el derecho a decidir si tener o no tener hijos, no debe ser limitado ni por el cónyuge ni por el Gobierno, y las mujeres también deben tener garantizado el acceso a la información sobre métodos anticonceptivos seguros, educación sexual y servicios de planificación de la familia" (78, 79).

Un país de América Latina ha aprobado una nueva resolución ministerial que obliga a todas las instituciones sanitarias a asegurar a la mujer el derecho a decidir sobre todos los aspectos que se refieren a su salud, su vida y su sexualidad (80). Esta resolución garantiza los derechos "a la información y a la orientación para permitir el ejercicio de una sexualidad libre, gratificante y responsable que no puede estar ligada a la maternidad". La nueva política exige la provisión de una amplia gama de servicios de salud de la reproducción, incluidos servicios para el tratamiento de la infertilidad, para la anticoncepción segura y eficaz, el tratamiento integrado del aborto incompleto y, por ejemplo, el tratamiento de las mujeres menopáusicas. Se subraya la necesidad de prestar especial atención a las mujeres de alto riesgo, como las adolescentes y las víctimas de actos violentos.

En algunas partes del mundo, el derecho a fundar una familia se ve muy amenazado por las infecciones del aparato genital. En África, por ejemplo, estas infecciones producen hasta un 50% de infertilidad (81, 82). La pasividad de los gobiernos en la prevención o corrección de esta fuente de infertilidad viola el derecho a fundar una familia. Ello es así tanto si el derecho está clasificado en la legislación como derecho positivo (vale decir, como derecho que los gobiernos deben proteger mediante acciones positivas), como en el caso contrario. Si es un derecho negativo, en el sentido de que el Estado no debe obstaculizar su ejercitación por parte de quienes son capaces de fundar una familia sin confiar en la acción del Estado, ese Estado puede ser declarado responsable de inacción no a causa de la infertilidad en sí misma, sino por la repercusión diferencial que tiene esa infertilidad en la vida de la mujer (83).

El derecho a fundar una familia incorpora el derecho a conseguir la máxima esperanza de vida para el hijo concebido o nacido, lo que puede hacerse distancando los nacimientos y mediante otros métodos de planificación de la familia. Este derecho es complementario del derecho de la mujer a sobrevivir a la gestación, por ejemplo, retrasando el primer embarazo.

Las leyes de los Estados que no disponen una edad mínima para contraer matrimonio y las prácticas que no refrendan dichas leyes, permiten que muchachas demasiado jóvenes se casen (con frecuencia, después de un consentimiento libre muy dudoso) y tengan hijos antes de alcanzar la madurez fisiológica. Esto trae como consecuencia altas tasas de mortalidad materna e

infantil y elevadas frecuencias de determinados tipos de morbilidad, como la fístula vesicovaginal.

El derecho a casarse y a fundar una familia puede ser limitado por leyes que guarden una relación razonable con el objetivo de preservar la familia. Así, las leyes que exigen una edad mínima para casarse no son incompatibles con ese derecho. El derecho al matrimonio y a tener hijos es un derecho de las personas adultas, no de los niños ni de los adolescentes. De hecho, puede objetarse que en muchos casos la ley establece edades demasiado precoces para que la mujer y, por lo tanto, su familia, puedan disfrutar de una situación de bienestar, y fija edades menores para la mujer que para el hombre. Con frecuencia muchas mujeres se ven empujadas al matrimonio cuando cumplen la edad mínima legal, o incluso, por incumplimiento o excepciones de la ley, a edades más jóvenes, en parte porque carecen de otras perspectivas.

La obligación de los padres de mantener a su hija puede terminar legalmente cuando esta alcanza la edad legal para casarse, aunque todavía no disponga de medios para sostenerse a sí misma y carezca de oportunidades para continuar su educación. En consecuencia, las mujeres jóvenes se ven empujadas a contraer matrimonio y a tener hijos a causa de unos factores socioeconómicos y culturales que no reconocen función ni valor alguno a la mujer, salvo como esposa y madre. Las disposiciones de la legislación sobre derechos humanos, según las cuales nadie será obligado a contraer matrimonio contra su voluntad, ignoran que muchas mujeres se casan "voluntariamente" por carecer de alternativas dignas después de la adolescencia.

### *El derecho a la intimidad y a la vida familiar*

La Convención Americana de Derechos Humanos protege el derecho a la intimidad en su artículo 11, que establece:

Toda persona tiene derecho al respeto a su honra y al reconocimiento de su dignidad.

La honra y la dignidad son atributos privados que el gobierno no tiene interés en reducir.

El derecho a la intimidad y a la vida familiar se diferencia del derecho a fundar una familia, aunque en algunos aspectos el segundo puede ser considerado parte del primero. El derecho a la intimidad y a la vida familiar contiene elementos de libertad. En este sentido, el artículo 17 del Pacto Político señala que:

Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida

privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación.<sup>5</sup>

La Convención Europea especifica las condiciones en que puede ser restringido o sacrificado el derecho a la intimidad y a la vida familiar en resguardo de los más altos intereses del Estado, incluida la protección de la salud pública. El artículo 8 señala que:

1. Todas las personas tienen derecho al respeto de su vida privada y familiar, a su domicilio y a su correspondencia.
2. La autoridad pública no interferirá en modo alguno en la ejercitación de este derecho excepto en cumplimiento de la ley y de la forma necesaria en una sociedad democrática en interés de la seguridad nacional, la seguridad pública o el bienestar económico del país, para la prevención de delitos o crímenes, para la protección de la salud o la moral, o para la protección de los derechos y libertades de terceros.

En un caso sucedido en Europa Occidental, dos mujeres afirmaron que una ley restrictiva sobre el aborto contrariaba su derecho a la vida privada y contravenía este artículo, ya que no se les permitía decidir, por sí solas y en la intimidad, acerca de la terminación de un embarazo no deseado (84). La mayoría de los miembros de la Comisión Europea de Derechos Humanos, sin embargo, rechazaron la argumentación de las demandantes y establecieron que la ley restrictiva no suponía interferencia con la vida privada.

En otro caso también europeo se dio mayor importancia al derecho de una mujer a su vida privada (85). En este caso, la Comisión Europea de Derechos Humanos sostuvo una sentencia judicial nacional que protegía a una mujer de ser obligada a continuar un embarazo no deseado en virtud de la capacidad legal de su marido de oponerse al aborto. La Comisión privilegió el respeto a la vida privada y a la integridad de la esposa sobre el derecho del esposo al respeto a su vida familiar representado en el nacimiento de ese hijo. Para la Comisión, el derecho del cónyuge no podía interpretarse de manera que abarcara el derecho legal a ser consultado por su mujer acerca de su decisión. El interés del Estado por la vida del no nacido no es superior a la del padre biológico, de modo que la exclusión del derecho de este último

<sup>5</sup> Este artículo refleja el artículo 12 de la Declaración Universal y se le da aún más énfasis en, por ejemplo, el artículo 11 de la Convención Americana y en los artículos 4 y 5 de la Carta Africana.

parece excluir el derecho del Estado a prevalecer, al menos hasta alguna etapa muy avanzada del embarazo.

El derecho a la información y a la educación

El derecho a buscar, recibir e impartir información está protegido en todos los instrumentos sobre derechos humanos básicos y constituye una parte esencial de la consecución de la salud de la mujer. La información se refiere a los servicios médicos de que pueden disponer por elección u obligación de las autoridades sanitarias, los medios de autoayuda y la obtención de atención médica preventiva. A veces las organizaciones de médicos se oponen a la disponibilidad de información con el argumento de que la "charlatanería" médica es dañina y retrasa la posibilidad de recurrir a tratamientos eficaces. De hecho, algunos tratamientos no debidamente experimentados han resultado después dañinos y la regulación de esos tratamientos puede ser correcta cuando los reguladores son capaces de demostrar que los incautos corren un riesgo probable.

En otras ocasiones, sin embargo, la información se prohíbe con argumentos morales, como lo demuestra la historia de la información relativa al tratamiento de las infecciones del aparato genital y la planificación de la familia. La Convención de la Mujer señala explícitamente en el inciso h del artículo 10 que la mujer deberá tener:

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

El artículo 10(1) de la Convención Europea establece que:

el derecho a la libertad de expresión deberá incluir la libertad [...] de recibir e impartir información e ideas sin interferencia de la autoridad pública y sin consideración de fronteras.

En un caso planteado en 1922 ante el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (86), dicho tribunal dispuso que una regulación nacional que prohibía asesorar a las mujeres acerca de los lugares donde podían abortar en otros países violaba este artículo. Para refrendar esta decisión, la legislación nacional debía abstenerse de prohibir el asesoramiento a las mujeres sobre la forma de conseguir servicios de salud reproductiva en otros países, aun cuando esos servicios no pudieran ser prestados en su país de origen, donde la ley los prohibía. La decisión se aplica a todos los Estados Partes de la Convención Europea que tratan de impedir que las mujeres conozcan la forma de obtener servicios sanitarios fuera de su país.

El derecho a la educación sirve al objetivo de la salud individual y pública. Las mujeres que saben leer tienen mayor facilidad de acceso a la información sanitaria, puesto que pueden conocer y comprender los peligros y la forma de prevenirlos.

Surge con frecuencia el tema de los derechos humanos de los estudiantes cuando las escuelas excluyen las enseñanzas médicas relativas a la salud sexual. Tanto la educación como el silencio deliberado que influye en la formación escolar sobre los aspectos de la sexualidad pueden plantear conflictos entre el derecho a la libertad de pensamiento y el derecho a la observancia religiosa, que comprende la enseñanza de valores religiosos.

Se han planteado conflictos cuando los sistemas públicos de educación introdujeron programas de salud familiar a los cuales se opusieron los padres o las organizaciones religiosas, alegando que la información sexual que contenían atentaba contra sus creencias religiosas.

En otro caso europeo, algunos padres se opusieron a que sus hijos recibieran la educación sexual obligatoria que se impartía en las escuelas estatales. Para ellos, esta educación violaba el deber del Estado de respetar "el derecho de los padres a asegurar a sus hijos la educación y la enseñanza acordes con sus convicciones religiosas y filosóficas" (6), así como el derecho a la no discriminación por motivos religiosos, el derecho a la intimidad y a la vida familiar, y el derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión establecido por la Convención Europea.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos sostuvo que las clases de educación sexual obligatoria impartidas en las escuelas del Estado no violaban ninguno de estos deberes o derechos, puesto que estaban destinadas sobre todo a proporcionar información útil y provechosa que, aunque inevitablemente relacionada con consideraciones de naturaleza moral, no excedía "los límites de lo que un Estado democrático puede considerar de interés público".

El Tribunal reconoció, sin embargo, que

el Estado [...] debe cuidar que la información o conocimiento incluidos en el currículum sean impartidos en forma objetiva, crítica y pluralista. Se prohíbe al Estado perseguir un propósito de adoctrinamiento que pudiera considerarse apuesto al respeto de las convicciones religiosas y filosóficas de los padres (87).

El derecho a la salud y a la atención médica

En el artículo 12(1) del Pacto Económico, los Estados Partes "reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". De acuerdo con el artículo 12(2):

"[entre] las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho figurarán las necesarias para:

- (c) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños [...]
- (d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.<sup>6</sup>

El artículo 24(2)(f) de la Convención sobre los Derechos del Niño refuerza el artículo anterior, pues exige a los Estados Partes "desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia". El artículo 12(1) de la Convención de la Mujer establece que los Estados Partes deberán "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 los servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia".

Mediante la ratificación de los tratados internacionales sobre derechos humanos y a través de las constituciones y leyes nacionales, los gobiernos se obligan a proteger el derecho de sus poblaciones a la salud. El derecho a la atención médica se ve comprometido cuando la protección del bienestar de la mujer está obstaculizada por barreras de origen gubernamental, legislativo o judicial. Además de impedir que las mujeres obtengan por sí mismas la atención sanitaria que desean, los gobiernos pueden no proveer los servicios de salud necesarios para las mujeres que, por distintas razones, no pueden conseguirlos; por ejemplo, por falta de conocimientos, por indigencia o por habitar en zonas alejadas de los grandes centros de población. La obstaculización del acceso a los servicios de salud existentes y la no provisión de acceso razonable a servicios sanitarios que de lo contrario resultan inasequibles deniegan a la mujer el derecho a la atención sanitaria que los países se comprometieron a proporcionar cuando aceptaron los tratados internacionales sobre derechos humanos.

<sup>6</sup> Este artículo refleja el artículo 25 de la Declaración Universal y se le da aún más énfasis en, por ejemplo, el artículo 13 de la Carta Social Europea, el artículo 26 de la Convención Americana y el artículo 10 de su Protocolo Adicional en el Área de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el artículo 16 de la Carta Africana y el artículo 24 de la Convención de los Niños.

### *Comentarios generales sobre el derecho de la mujer a la salud*

Los organismos creados por los tratados tienen la facultad de hacer comentarios generales o recomendaciones generales a fin de indicar la forma en que los Estados Partes deben interpretar y aplicar los textos ratificados. Estos detallados comentarios resultan particularmente útiles para elaborar el contenido específico de las garantías a las que se refieren los amplios términos de los convenios. Por ejemplo, las Recomendaciones Generales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer indican la clase de información que los Estados deben proporcionar en sus informes periódicos al Comité en cumplimiento de la Convención de la Mujer. Estas recomendaciones, que abarcan aspectos relativos a la mujer y el SIDA y a la circuncisión femenina, establecen indicadores y criterios para evaluar el cumplimiento por parte de los Estados Partes de sus deberes internacionales de hacer efectivos los derechos de la mujer. Al mismo tiempo, los Estados tienen amplia libertad en la elección de los medios que arbitrarán para conseguir tales objetivos.

Hasta la fecha, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) es el único organismo especializado de las Naciones Unidas que ha prestado asesoramiento experto al Comité sobre la esencia y el funcionamiento de las Recomendaciones Generales Relativas a la Mujer y el Trabajo (88). La OIT, al contrario que la mayor parte de los organismos especializados, completa sus actividades en materia de trabajo con acciones en la esfera de los derechos humanos y colabora con casi todos los organismos surgidos de los tratados de derechos humanos en el establecimiento de normas y en su ejecución. La OMS está considerando proporcionar una colaboración similar al Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Conviene asimismo observar que la OMS ya está ampliando su trabajo en la esfera del desarrollo y los derechos humanos en lo que respecta a la Convención sobre los Derechos del Niño, lo que incluye el apoyo al Comité y a sus funciones de notificación.

Aunque los indicadores globales de salud para todos son elementos pertinentes en cuanto al derecho a la asistencia médica, han sido diseñados para obtener una visión general y no para medir el cumplimiento por los Estados del derecho a la atención sanitaria protegido por los tratados. Además, la OMS ha indicado que el desarrollo de estrategias nacionales para lograr una mayor igualdad social en lo referente a la salud exigirá la desagregación de indicadores meticulosamente seleccionados (89). Sería necesario establecer métodos de consulta más amplios y detallados entre los interesados en las esferas de la salud y los derechos humanos para identificar mediciones cla-

ves en la determinación del cumplimiento por parte de los Estados signatarios de sus obligaciones relativas a la promoción y protección de la salud de la mujer.

### *Principios para la promoción y protección de la salud de la mujer*

Otro enfoque digno de consideración sería el desarrollo de principios para la promoción y protección de la salud de la mujer. Tales principios podrían extraerse de las políticas nacionales sobre salud de la mujer y de las experiencias adquiridas en el desarrollo de los Principios para la Protección de las Personas con Enfermedades Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de Salud Mental (90), que fueron preparados bajo los auspicios de la Comisión de Derechos Humanos en estrecha colaboración con la OMS y adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Los principios para la promoción y protección de la salud de la mujer podrían abordar, aunque no de modo exclusivo, los aspectos que se enumeran a continuación:

#### *Factores del estado de salud*

- Consideraciones sanitarias importantes para la mujer en las distintas fases de su ciclo vital;
- necesidad de determinar la repercusión especial de los procedimientos y productos sanitarios habituales en la salud de la mujer;
- compromiso de promover la investigación sobre las necesidades de salud de la mujer;
- necesidad de considerar los requerimientos de salud de la mujer y sus circunstancias en el desarrollo de los protocolos de investigación;
- importancia de basar las políticas sanitarias en el conocimiento científico y tecnológico más adelantado.

#### *Factores de los servicios de salud*

- Importancia de tratar a la mujer con dignidad y respeto, y de proporcionarle la información apropiada para que tenga la posibilidad de tomar decisiones con conocimiento de causa sobre cursos de tratamiento específicos;
- necesidad de resguardar los derechos de la mujer en su condición de paciente, e importancia de los principios de confidencialidad e intimidad.

### *Factores que influyen en el mejoramiento de la salud y bienestar de la mujer*

- Importancia de garantizar un entorno laboral seguro y saludable;
- compromiso de erradicar las tradiciones y prácticas que producen consecuencias dañinas para la mujer;
- capacidad para identificar y responder adecuadamente a las mujeres que viven en entornos agresivos.

La lista anterior tan solo pretende sugerir las clases de temas que podrían enfocarse para incorporar los derechos humanos relacionados con la salud de la mujer a las políticas y prácticas sanitarias. Por cierto, es imprescindible consultar más detalladamente a las mujeres y a aquellos que conocen los problemas de salud de estas, los derechos humanos y la ética médica, para conseguir el desarrollo de los principios de promoción y protección de la salud.

### *Leyes para la protección de la salud de la mujer*

Quizá tomando como base los principios de promoción y protección de la salud sería posible elaborar un conjunto de normas para la promoción legal de la salud de la mujer en ciertas áreas, como la salud laboral, la salud de las niñas y la atención a la salud de la reproducción. La legislación sobre salud ha contribuido en gran medida a la promoción de la salud pública y podría aplicarse de un modo más enérgico a la promoción particular de la salud de la mujer.

Sería particularmente útil, por ejemplo, trazar los lineamientos de una legislación global sobre salud de la reproducción que tenga en cuenta los impedimentos legales que obstaculizan el acceso de la mujer a este tipo de servicios de salud. Estas leyes favorecerían la disminución de las muertes y enfermedades relacionadas con los embarazos y establecerían servicios para promover la salud de la reproducción. Los documentos de las Naciones Unidas, basados en amplias experiencias de todo el mundo, llegan a la conclusión de que "la capacidad de regular el momento y el número de nacimientos es un medio esencial para liberar a las mujeres a fin de que puedan ejercer la totalidad de los derechos humanos a que están facultadas" (91).

En consecuencia, el derecho de la mujer a controlar su fertilidad mediante la prohibición de todas las formas de discriminación podría ser una llave fundamental para abrirle las puertas de acceso a otros derechos humanos y para lograr el bienestar físico, mental y social que constituye la esencia de la salud (70).

Se ha propuesto una estrategia para diseñar una legislación global de protección de la salud de la reproducción que podría facilitar e incrementar dicha salud:

Una estrategia responsable de atención de salud de la reproducción comprendería las necesidades de salud de la reproducción de todos, y proporcionaría educación para una vida sexual responsable y segura, anticoncepción para que las personas sexualmente activas la utilicen con arreglo a sus necesidades, y servicios para el seguimiento del embarazo, el parto y todas las formas de aborto. También proveería educación y servicios para la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, subfertilidad e infertilidad. Su objetivo sería hacer de la sexualidad y la reproducción humanas un elemento de goce, no una maldición ni un castigo (92).

**Esta estrategia ha quedado reflejada en la Recomendación 4 de la Conferencia Internacional para una Mejor Salud de las Mujeres y los Niños mediante la Planificación de la Familia:**

El embarazo no deseado será reconocido como un riesgo específico para la salud de la mujer y de su familia. Cualquiera sea su consideración legal, deben establecerse disposiciones para hacer accesibles el tratamiento humano del aborto séptico e incompleto y el asesoramiento y los servicios de anticoncepción postaborto. La magnitud del problema y sus implicaciones para la salud de la mujer y su familia deben documentarse y difundirse. Donde sea legal, se facilitará el acceso de todas las mujeres a servicios de aborto de buena calidad (93).

Algunos han señalado que la promulgación de una ley general sobre salud de la reproducción facilitaría en gran medida la ejercitación por parte de la mujer de su derecho a la atención médica. Proporcionaría la oportunidad para trasladar las regulaciones legales sobre la salud de la reproducción femenina al ámbito de la justicia social, donde la mujer es tratada con dignidad y respeto (94, 95, 96, 97).

Muchos países cuyos códigos penales prohíben los servicios de anticoncepción, esterilización voluntaria, aborto, enfermedades de transmisión sexual e infertilidad tienen elevadas tasas de mortalidad y morbilidad maternas, a menudo asociadas con embarazos múltiples y abortos clandestinos, muchas veces autoprovocados. Estos códigos penales se asocian también con desigualdades socioeconómicas. Las personas que poseen los medios económicos suficientes para acceder a servicios de salud de la reproducción acuden a ellos, quizás trasladándose a otros países donde existen servicios de cali-

dad apropiada, mientras que las que dependen de la provisión pública de servicios médicos se enfrentan a las consecuencias físicas, económicas y sociales del aborto clandestino y, por ejemplo, a la infertilidad asociada con la mala salud en la reproducción y con el aborto realizado en malas condiciones (98).

En todos los casos en que la práctica de la medicina exige tomar en cuenta de forma competente la repercusión de la legislación en la salud de la mujer, dicha legislación debería aplicar la definición de salud de la OMS.

**El derecho a los beneficios del progreso científico**

El artículo 15(1)(b) del Pacto Económico reconoce el derecho de las personas "a gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones". Además, según el artículo 15(3) los Estados Partes "se comprometen a respetar la indispensable libertad para la investigación científica [...]".<sup>7</sup> Para garantizar el acceso de la mujer a los beneficios del progreso científico será necesario investigar las enfermedades y procesos que la afectan de modo exclusivo o preferente. Esta investigación variará según los países y las regiones, en función de los patrones prevalentes de mortalidad y morbilidad. Así, en algunos países será necesario investigar los patrones nutricionales que favorecen la prevención del cáncer de mama, mientras que en otros habrá que conocer mejor la osteoporosis, el control de la fertilidad o las causas de la infertilidad. La libertad de investigación exige a los Estados Partes que faciliten este tipo de estudios, en especial de los diseñados desde la perspectiva de la mujer (99).

Para que la mujer pueda aprovechar las ventajas del derecho a beneficiarse de los progresos científicos, algunas instituciones médicas han empezado a desarrollar políticas a fin de asegurar que las investigaciones produzcan resultados específicamente relacionados con la salud de la mujer, gracias en parte al estímulo proporcionado por las organizaciones no gubernamentales (100). Por ejemplo, desde 1986 los Institutos Nacionales de Salud y la Alcohol, Drug Abuse and Mental Health de los Estados Unidos exigen que los hallazgos de la investigación clínica sean aplicables a todas las personas en situación de riesgo, con independencia de su sexo (101).

Cuando la investigación científica se orienta hacia la mejor comprensión de la fisiología y la anatomía femeninas o, por ejemplo, hacia el estudio de las causas de la mala salud de la mujer, el derecho a los beneficios de los adelantos científicos requiere que la mujer tenga acceso a tratamientos y tecnologías basados en los resultados de dicha investigación.

<sup>7</sup> Este artículo refleja el artículo 27(2) de la Declaración Universal.



La responsabilidad de los Estados Partes firmantes del Pacto Económico en cuanto a garantizar el acceso a los beneficios del progreso científico podría cumplirse en parte mediante la implementación de las normas de patentes del tipo "utilicelas o las perderá" y que rigen los productos sanitarios terapéuticos, diagnósticos y preventivos (102). Cuando se concede a un patrocinador una patente que luego este no logra comercializar o se abstiene de hacerlo, pero que corresponde a un producto que resulta beneficioso para la salud, ciertos gobiernos, como el de Francia (103), tienen el derecho legal de transferir esa patente a otros beneficiarios que comercialicen el producto en cuestión. Al conferir una patente a una empresa farmacéutica, el gobierno otorga a esa empresa un monopolio para la comercialización del producto terapéutico. A cambio de ello, espera conseguir un beneficio para la salud de su población. La capacidad para retirar forzosamente una patente a un fabricante que no facilita el acceso al producto reconoce que la patente en cuestión no solo sirve a los intereses comerciales de su portador, sino también al interés del gobierno por proteger la salud de los potenciales usuarios.

Los derechos relativos a la potestad de la mujer

La mala salud de las mujeres en muchas regiones del mundo, incluso de aquellas que pertenecen a los grupos socioeconómicos desfavorecidos de los países desarrollados, puede considerarse consecuencia de su incapacidad para defender sus propios intereses y los de los grupos en los que constituyen la mayoría.

Las decisiones de ejercitar la potestad individual o de participar en el ejercicio de la potestad colectiva son atributos de la libertad y de la autonomía. En muchos lugares las mujeres nunca han gozado de autonomía, ni han tenido la convicción de que son capaces de actuar en forma autónoma, ni han creído que, por su pleno derecho, podrían influir en las circunstancias que afectan a su salud. Sin embargo, las que deseen responsabilizarse de su propia salud y del bienestar colectivo de las mujeres de su comunidad disponen de los principios de los derechos humanos internacionales. Muchos derechos y libertades humanos básicos, que numerosos países del mundo consideran digno aceptar, proporcionan a la mujer los instrumentos psicológicos y legales necesarios para la ejercitación de su potestad. La mujer puede ejercitar estos derechos facultativos para la consecución de sus objetivos en lo referente a su propia salud.

*El derecho a la libertad de religión y pensamiento*

El derecho a la libertad de religión y pensamiento forma parte de casi todos los tratados de derechos humanos. Tradicionalmente, han sido siempre hom-

bres los líderes de las instancias religiosas, políticas y culturales que definen la situación y la misión de las mujeres. El objetivo de una mejor salud proporciona a las mujeres una justificación benigna y aceptable para presentar ante sus comunidades la necesidad de volver a evaluar su aceptación de las prácticas opresivas. La mala salud de la mujer constituye un argumento de peso para quienes luchan por mejorarla y les permite preparar un escenario convincente para la acción.

Para caracterizar como inaceptables las agresiones a la salud de la mujer, no es necesario repudiar los dogmas religiosos. Las Naciones Unidas han adoptado la siguiente posición al respecto:

los Estados deben condenar la violencia contra la mujer y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para incumplir su obligación de procurar eliminarla [...] (104).

Las doctrinas religiosas no exigen ni condonan la violencia como tal; sin embargo, pueden citarse textos religiosos en defensa de las prácticas e instituciones sociales cuyas consecuencias ponen en peligro la salud de la mujer (20). Ante los efectos de tales interpretaciones de los textos, las mujeres están facultadas para invocar la libertad de seguir interpretaciones alternativas.

*El derecho a la libertad de reunión y asociación*

El derecho a reunirse con otros y a identificarse con sus causas, convenciones y actividades se relaciona frecuentemente con la libertad de pensamiento y con el ejercicio de la potestad. El derecho de personas que piensan igual a reunirse y actuar mancomunadamente ha sido establecido exigiendo el derecho de reunión y asociación religiosa y política. Las mujeres pueden reclamar su libertad para reunirse a fin de conocer los peligros para su salud y los medios de prevención y protección. Muchas disposiciones referentes a la publicidad de los métodos anticonceptivos y el control de las enfermedades de transmisión sexual y el aborto pertenecen a los apartados de los códigos penales que tratan de la moralidad y la decencia públicas. Puede invocarse el derecho de reunión y asociación con los transmisores de información médica a fin de contravenir las disposiciones y leyes que se oponen en la práctica a las normas de los derechos humanos internacionales.

*El derecho a la participación política*

El derecho a la participación política permite a la mujer y a los grupos de mujeres comunicar a los gobiernos sus experiencias sobre los servicios de salud deficientes o inapropiados y presentar propuestas de reforma. El dere-

cho a la participación para defender la salud de la mujer es, como máximo, un medio para conseguir un fin, no un fin en sí mismo. Su utilidad para los gobiernos y para la calidad de la vida pública radica en que puede ofrecer a las mujeres un foro razonable para tratar y revelar hechos y conceptos que los investigadores gubernamentales pasan por alto, desvalorizan u omiten en sus informes. Corresponde a los defensores de la salud de la mujer determinar si las circunstancias les permiten invocar el derecho a la participación política, si se trata de un derecho efectivo en la práctica y si su ejercitación constituye una prioridad teniendo en cuenta las distintas opciones de defensa y acción.

## CAPÍTULO 5

### Mecanismos de los derechos humanos para la protección de la salud de la mujer

La legislación internacional sobre derechos humanos depende, para su aplicación efectiva, del consenso internacional sobre el desarrollo de medidas de acción eficaces. Los hechos que demuestran el descuido en que se encuentra la mala salud de la mujer revelan la violación de compromisos solemnes sobre la observancia de tales derechos. Los Estados no se ponen de acuerdo con facilidad en la definición de lo que constituye la discriminación contra la mujer. Algunos sostienen que los papeles que la sociedad le asigna a la mujer, cuando se basan en fundamentos religiosos o culturales que separan las tareas de ambos sexos, no entran en el ámbito de la discriminación; otros no aceptan esta perspectiva. Quizá resultaría más fácil desarrollar un consenso sobre la necesidad de mejorar la salud de la mujer basado en la cruda realidad de los riesgos sanitarios que se asocian con su condición social desfavorable.

Los métodos empleados en la protección de los derechos de la mujer a la salud oscilan desde el recurso a limitados procedimientos judiciales o casi judiciales en los planos regional o internacional, hasta la aplicación de formas más amplias de exigir una gestión responsable a los Estados, como el establecimiento de requisitos de notificación estrictos en los tratados de derechos humanos regionales o internacionales que han ratificado (105). Es preciso aplicar la legislación internacional sobre derechos humanos en todos los planos, con el objeto de crear el consenso y cristalizar el contenido de los derechos humanos que se refieren a la salud de la mujer. Cualquier otro método resultaría frágil e inapropiado, aunque hay numerosas formas que, sumadas, permitirían alcanzar un consenso en torno de la necesidad de remediar las injusticias que se asocian con la consideración negligente de la salud de la mujer.

#### Protección internacional

El control del cumplimiento de las obligaciones contraídas por los Estados signatarios de los tratados internacionales sobre derechos humanos queda bajo la responsabilidad de los comités establecidos por esos mismos trata-

dos. Quienes integran estos comités lo hacen en virtud de su capacidad como expertos y no como representantes de los gobiernos. Se exige a los Estados Partes que presenten informes periódicos a estos organismos sobre las medidas que han adoptado para cumplir con sus compromisos y las dificultades que han enfrentado. Los comités pertinentes estudian los informes en presencia de los representantes de cada Estado. Por lo general, los comités también reciben información de las organizaciones no gubernamentales sobre la observancia de los tratados y la utilizan para interrogar a los representantes de los Estados. Si los miembros de uno de estos organismos se muestran sumamente críticos hacia un Estado, o expresan la opinión de que dicho Estado no ha cumplido con los compromisos asumidos, puede ser necesario considerar otros mecanismos para garantizar la observancia de las obligaciones en lo que concierne a la salud.

Además de los organismos que establecen los tratados, existen en las organizaciones cuerpos creados por la Carta de las Naciones Unidas que permiten exponer las injusticias y la negligencia en lo que respecta a la salud de la mujer.

La Comisión sobre la Situación de la Mujer se reúne una vez al año y está formada por representantes de los gobiernos de los Países Miembros. Es un foro internacional importante para el mejoramiento de la situación de la mujer, particularmente en los países que no han firmado los tratados de derechos humanos. Esta Comisión ha contribuido con el Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo de 1993 y con la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos del mismo año, contribuirá con la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y con el Año Internacional de la Familia, ambos a celebrarse en 1994, y participará en la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social de 1995. También supervisará la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995.

La subcomisión sobre Prevención de la Discriminación y Protección de las Minorías de la Comisión de Derechos Humanos ha nombrado grupos de trabajo y relatores especiales para tratar las posibles violaciones de los derechos humanos a que las mujeres son especialmente vulnerables. Por ejemplo, la subcomisión ha creado un Relator Especial sobre Prácticas Tradicionales que Afectan a la Salud de la Mujer y el Niño y, en su sesión de 1994, la Comisión de Derechos Humanos designó un Relator Especial sobre la Violencia contra la Mujer. La Comisión de Derechos Humanos constituye otro foro para la defensa de los principios generales de promoción y protección de la salud de la mujer. Es importante reconocer el inestimable y creciente papel que están desempeñando las organizaciones no gubernamentales, en colaboración con los organismos del sistema de las Naciones Unidas, en la promoción y protección de la salud en tanto derecho humano, y en especial

de la salud de la mujer. Las Naciones Unidas fijaron su primer Alto Comisionado para los Derechos Humanos en febrero de 1994.

### Protección regional

Las convenciones regionales sobre derechos humanos no han sido aplicadas con frecuencia a las violaciones de los derechos de la mujer (106, 107, 108, 109, 110) y mucho menos a las de los derechos relacionados con la protección de la salud de esta. Sin embargo, en el plano regional se cuenta con posibilidades que no siempre existen en el plano internacional para promover y proteger la salud de la mujer. La proximidad geográfica, las similitudes culturales y la interdependencia económica facilitan el desarrollo regional y la aplicación común de las normas de derechos humanos (11) a la salud de la mujer. Sus defensores están comenzando a utilizar los sistemas regionales para establecer la legitimidad de los derechos de la mujer en las culturas regionales, y es mucho lo que puede hacerse para usar estos sistemas en beneficio de la promoción y protección de la salud de la mujer.

Algunos de los sistemas regionales cuentan con órganos específicos para tratar los derechos de la mujer, que pueden utilizarse con buenos resultados para la defensa de los derechos relacionados con la salud. Así, el Consejo de Europa tiene un Comité Ejecutivo para la Igualdad entre la Mujer y el Hombre, y la Organización de Estados Americanos tiene una Comisión para la Mujer.

Protección nacional: responsabilidades de las profesiones sanitarias en relación con los derechos humanos

### Normas éticas

Una característica frecuentemente aplicada a las profesiones sanitarias es que deben enfrentarse y resolver numerosos problemas éticos. Los profesionales que son conscientes de los distintos planos de la microética (ética interpersonal) y la macroética (ética entre grupos o entre el grupo y el individuo) suelen conocer en su práctica más problemas éticos que sus colegas ignorantes de estos temas. Las actitudes paternalistas de los profesionales sanitarios hacia sus pacientes mujeres son problemas de microética; la falta de acceso de la mujer a los profesionales plantea problemas de macroética relacionados con la asignación de los recursos.

Los códigos de comportamiento ético resuelven con más facilidad, y quizá con más éxito, los problemas de microética, como el consentimiento de las pacientes a recibir un tratamiento y la confidencialidad. Pero algunos códigos tradicionales aún suponen que la protección y el restablecimiento de la salud tienen prioridad sobre la autonomía de las pacientes para ejercitar

su libre elección en formas que puedan resultar contraproducentes. Los profesionales de la salud, obligados por el mandato de no dañar, deben enfrentar el reto de atender a pacientes cuyas elecciones ellos crean equivocadas.

Raras veces se cuestionan en el marco de los códigos éticos los tratamientos médicos que pueden comprometer la salud de la mujer, como el recurso al parto por cesárea ante la mera suposición de sufrimiento fetal, o la prescripción de fármacos que producen dependencia sin un meticuloso diagnóstico y una valoración de las alternativas. Ello se debe, en parte, a que las mujeres son incapaces de obligar al cumplimiento de estos códigos éticos, a menudo porque los desconocen e ignoran que poseen mecanismos de control. Pero ello se debe también al hecho de que el abuso no se manifiesta en el tratamiento caso por caso de las pacientes individuales, sino cuando se realizan estudios comparativos epidemiológicos o poblacionales. Por ejemplo, la cesárea puede ser una opción terapéutica válida, pero si la tasa de cesáreas en una población determinada supera la observada en poblaciones vecinas con un estado de salud comparable y con perfiles similares de riesgo materno y fetal, puede indicar un estilo no regulado de práctica médica local que utiliza en exceso esta intervención. El respeto de los principios éticos de justicia, beneficencia y autonomía informada de las pacientes puede exigir la creación de asociaciones de especialistas o médicos generales que controlen y notifiquen prácticas comparativas.

Quienes preconizan mejorar la salud de la mujer podrían muy bien fiscalizar la diligencia con que las asociaciones de profesionales de la salud vigilan el comportamiento ético de sus miembros según los códigos vigentes y pueden invocar los derechos humanos de la mujer para exigir el perfeccionamiento o la ampliación de tales códigos en pos del mejoramiento de la salud de la mujer. El hecho de que una forma de práctica de atención médica cumpla con las normas de la legislación existente no significa, por sí mismo, que esa práctica sea ética. La observancia de los patrones éticos y de los derechos humanos puede exigir comportamientos que superen lo estrictamente marcado por la ley o los criterios mínimos que ella establece. El primer paso puede consistir en el desarrollo de normas éticas específicas para la promoción y protección de la salud de la mujer. La inclusión de estas normas en un código ético no basta por sí sola para garantizar la práctica ética de los profesionales sanitarios y su respeto por los derechos humanos. Se necesitan educación y capacitación, al igual que mecanismos que refuercen la responsabilización de los profesionales.

### *Educación y formación*

Las prácticas que experimentan los estudiantes de las profesiones de salud durante su formación refuerzan también sus códigos de conducta. La for-

mación para la práctica de una profesión en salud no solo exige la adquisición de técnicas y destrezas, sino también de sensibilidad y de responsabilidades éticas tanto hacia los pacientes como hacia la propia profesión. Un aspecto fundamental es la forma en que las instituciones educativas y los organismos profesionales aplican la ética al reclutamiento de los futuros estudiantes de ambos sexos y, por ejemplo, de los grupos minoritarios. La importancia de este factor aumenta cuando se observa que la medicina institucional, históricamente, ha considerado que su estudio y práctica no eran apropiados para la mujer, y existía la creencia estereotipada de que la enfermería era una ocupación "femenina" y subordinada de asistencia a los médicos.

La instrucción en el conocimiento de los derechos humanos de los pacientes debe basarse simultáneamente en los preceptos y en el ejemplo, y debe estar en sintonía con los niveles de la práctica clínica como del servicio a la comunidad. Por ejemplo, los estudiantes deben familiarizarse con la repercusión diferente que producen determinados enfoques y técnicas en los dos sexos.

### *Fortalecimiento de la responsabilidad profesional*

Las asociaciones de profesionales de la salud deberían tomar iniciativas para asegurar a sus miembros la información pertinente sobre las características fisiológicas, psicológicas y sociales específicas de la salud de la mujer, y garantizar que esta sea tratada con la adecuada consideración a sus circunstancias. Las pacientes mujeres, por ejemplo, no deben ser tratadas como niñas, ni deben omitirse los interrogatorios o exploraciones que sean necesarios para el cuidado de la salud por temor a atentar contra su pudor. Estas asociaciones deben preparar a los profesionales para que cumplan con las normas de respeto a los derechos humanos, deben vigilar su formación en los principios de los derechos humanos relacionados con el mejoramiento de la salud de la mujer y deben inculcarles el sentido de responsabilización ante sus fracasos.

Puede establecerse una distinción entre las autoridades responsables del otorgamiento de licencias y de la vigilancia de los profesionales y las asociaciones voluntarias de los profesionales de la salud que tienen intereses comunes en la educación, protección y progreso de sus miembros. Las primeras suelen tener competencia legal para exigir responsabilizaciones profesionales a través de medidas disciplinarias en caso de probada inconducta, pueden imponer sanciones, consistentes en retirarles la licencia profesional o suspenderlos de su empleo. Las segundas pueden crear tribunales para autorizar la continuidad de los miembros, pero no tienen más poderes sobre estos que los que ellos mismos deseen otorgarles. Las asociaciones voluntarias

pueden suspender o expulsar a uno de sus miembros, pero este seguirá siendo un profesional autorizado para ejercer la medicina. No obstante, cuando la pertenencia a una de estas asociaciones es un requisito legal indispensable para la práctica profesional o un gesto voluntario de solidaridad con los objetivos colegiados, las asociaciones que toman iniciativas para establecer y desarrollar compromisos relativos al mejoramiento de la salud de la mujer y a su atención médica, pueden verse fortalecidas por los principios de los derechos humanos internacionales. Como es natural, para que estas asociaciones tengan credibilidad, una condición indispensable será que acepten a las mujeres como profesionales y miembros sin discriminarlas y que estén abiertas a las contribuciones que estas pueden hacer a la educación y sensibilidad profesional de la totalidad de sus miembros.

## CAPÍTULO 6 Conclusión

Los derechos humanos internacionales relacionados con la salud de la mujer tienen escaso valor cuando no existe la obligación de hacerlos efectivos. De hecho, los instrumentos y asociaciones internacionales, regionales y nacionales ofrecen diversas oportunidades para establecer normas de observancia de los derechos humanos y para hacer responsables a los Estados del grado de respeto a estos derechos que impere en sus territorios. El hecho de que no se obligue a los Estados a respetar las normas de observancia puede responder en parte a defectos institucionales, pero se debe mayormente a la falta de iniciativas para utilizar los mecanismos legales existentes. Estos mecanismos permiten identificar el estado de mala salud de la mujer que constituye una violación de la legislación internacional, forzar la corrección legal de esa situación y exigir el cumplimiento de las normas legales.

El recurso a las instituciones legales que fiscalizan la conducta de los Estados y miden su funcionamiento en relación con las normas internacionales de promoción y protección de la salud de la mujer será, muy probablemente, consecuencia del ejercicio de la potestad de la mujer. Distintos organismos pueden adoptar iniciativas para obligar a los Estados a responsabilizarse de su actuación respecto de los derechos humanos pero, en lo que concierne al derecho de la mujer a la salud, todos los organismos, de cualquier nivel, deberían disponer de personal familiarizado con los principios de funcionamiento de la legislación internacional sobre derechos humanos y que también sea capaz de utilizar los datos sobre la salud de la mujer para demostrar tanto las violaciones como los progresos. En el pasado, el incentivo de los valores de los derechos humanos no se aplicó a la salud de la mujer, y el esfuerzo en pro de la salud de la mujer no se consideró un reconocimiento a los reclamos internacionales de respetar los derechos humanos.

Existen ya iniciativas para mejorar la salud de la mujer a través de la legislación internacional sobre derechos humanos. En el plano nacional, las asociaciones de atención médica están prestando ayuda legal a las mujeres para que conozcan sus legítimos derechos y puedan promover la protección

legal de su salud y bienestar (112). En el plano internacional, las asociaciones médicas están desarrollando programas para promover el papel de la ética médica en la protección de los derechos humanos (113) y para educar a sus miembros acerca de la aplicación de esa ética a la práctica y la investigación (114, 115). Todas estas iniciativas son dignas de elogio, pero esporádicas.

Existe una gran necesidad de vigilar permanentemente y estrictamente el estado de salud de la mujer a nivel nacional, regional e internacional. El progreso en este sentido requiere recursos de distintas clases, entre los que se encuentran la educación de los profesionales sanitarios acerca de la legislación sobre derechos humanos y la educación de los defensores de los derechos humanos acerca de la forma de obtener e interpretar la información sobre la salud y extraer de ella los elementos que resulten pertinentes desde una perspectiva legal. Tanto los profesionales sanitarios como los defensores de los derechos humanos, inspirados en el objetivo común de promover y proteger la salud de la mujer, deben basar su defensa en los datos sanitarios, empleando sus conocimientos sobre las prácticas predominantes y deseables y sobre los propósitos de los tratados internacionales de derechos humanos.

Las propuestas mencionadas recibirían un fuerte estímulo con el desarrollo y la ejecución eficaz de los principios de promoción y protección de la salud de la mujer que se examinan en el capítulo 4. Estos principios se orientarían sobre todo a corregir los factores relacionados con el estado de salud, con los servicios de salud y con las condiciones que influyen en la salud y el bienestar de la mujer. Tomando como base estos principios, podría intentarse la elaboración de normas específicas para la promoción y protección legales de la salud de la mujer.

Las pruebas obtenidas en la práctica y la defensa de los principios permitirán establecer los mecanismos apropiados en todos los niveles para definir las normas de observancia del derecho de la mujer a la salud, identificar la injusticia e iluminar el camino de la reforma.

## Notas y referencias

1. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. En: *Documentos Básicos*, 39ª ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1992.
2. Carta de las Naciones Unidas, 1945.
3. Universal Declaration of Human Rights [Declaración Universal de los Derechos Humanos]. En: *Human rights - a compilation of international documents*. Gineva: United Nations; 1993:1. (Edición en español en prensa).
4. International Covenant on Civil and Political Rights [Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos]. En: *Human rights - a compilation of international documents*. Gineva: United Nations; 1993:2. (Edición en español en prensa).
5. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. [Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales]. En: *Human rights - a compilation of international documents*. Gineva: United Nations; 1993:8. (Edición en español en prensa).
6. *European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms*, New York: United Nations; 1959:221 (United Nations Treaty Series 13).
7. Carta Social Europea, adoptada el 18 de octubre de 1961.
8. *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. Washington, DC: Organización de los Estados Americanos; 1969. (Serie sobre Tratados No. 36).
9. *African Charter on Human Peoples' Rights*. Organization of African Unity; 1981 (Documento CAB/Leg/67/3/Rev.5).
10. International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination. [Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial]. En: *Human rights - a compilation of international documents*. Gineva: United Nations; 1993:66. (Edición en español en prensa).

11. Convención sobre los Derechos del Niño. Resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas 44/25. 44. United Nations General Assembly Official Resolutions Supplement 49, 1989. (Documento de Naciones Unidas A/44/736).
12. Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment [Declaración sobre la Protección de Todas las Personas contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes]. En: *Human rights - a compilation of international documents*. Ginebra: United Nations; 1993:293. (Edición en español en prensa).
13. Convention relating to the Status of Refugees. [Convención sobre el Estatuto de los Refugiados]. En: *Human rights - a compilation of international documents*. Ginebra: United Nations; 1993:634. (Edición en español en prensa).
14. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women [Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer]. En: *Human rights - a compilation of international documents*. Ginebra: United Nations; 1993:153. (Edición en español en prensa).
15. *Health dimensions of economic reform*. Ginebra: World Health Organization; 1992.
16. *The girl child: an investment in the future*. New York: UNICEF; 1990.
17. Koblinsky M, Timyan J, Gay J. *The health of women: a global perspective*. Boulder, CO: Westview Press; 1993.
18. *Women's health: across age and frontier*. Ginebra: World Health Organization; 1992.
19. Dan AJ, Lewis LL. *Menstrual health in women's lives*. Chicago: University of Illinois Press; 1992.
20. Sherwin S. *No longer patient: feminist ethics and health care*. Philadelphia: Temple University Press; 1992.
21. Williams G. *The sanctity of life and the criminal law*. New York: Faber; 1958.
22. Cook RJ. Human right and infant survival: a case for priorities. *Columbia Human Rights Law Review* 1987;18:1-41.
23. Comisión de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos, Resolución 1993/22 sobre el Derecho al Desarrollo. (Documento de Naciones Unidas E/CN.4/1993/L.11/Add.4).
24. Himes JR. Reflections on indicators concerning the rights of the child: the development and human rights communities should get their acts together. *Background paper for the Seminar on Appropriate Indicators to Measure Achievements in the Progressive Realization of Economic, Social and Cultural*

- Rights, Geneva, January 1993*. (Documento de Naciones Unidas HR/Geneva/1993/Sam/BP.26).
25. Hamilton JA. Guidelines for avoiding methodological and policy-making biases in gender-related health research in public health service. En: *Women's health: report of the public health task force on women's health issues*. Washington, DC: Department of Health and Human Services; 1985.
26. American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs. Gender disparities in clinical decision making. *Journal of the American Medical Association* 1990;266:559-562.
27. *Women, health and development: progress report by the Director-General*. Ginebra: World Health Organization; 1992.
28. Van Der Kwaak A. Female circumcision and gender identity: a questionable alliance? *Social Science and Medicine* 1992;35:777-787.
29. A traditional practice that threatens health - female circumcision. *WHO Chronicle* 1986;40:31-36.
30. Ferguson A. Women's health in a marginal area of Kenya. *Social Science and Medicine* 1986;23(1):23.
31. Fathalla MF. Reproductive health: a global overview. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1991;626:1-10.
32. Abou-Zahr C, Royston E. *Maternal mortality: a global factbook*, 1991. (Documento inédito OMS/MCH/91.3, disponible en la División of Family Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Suiza).
33. Maine D. *Safe motherhood programs: options and issues*. New York: Columbia University Center for Population and Family Health; 1991.
34. Safe Motherhood conference conclusions. *Lancet* 1987;i:670.
35. Royston E, Armstrong S, eds. *Prevenção de la mortalidad materna*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1991.
36. Mitchell JL. Women, AIDS, and public policy. *AIDS and Public Policy Journal* 1988;3(2):50.
37. Mitchell JL et al. HIV and women: current controversies and clinical relevance. *Journal of Women's Health* 1992;83:498-500.
38. Gollub EL, Stein ZA. Commentary: the new female condom - item 1 on a women's AIDS prevention agenda. *American Journal of Public Health* 1993;83:498-500.

39. Gillon R. Refusal to treat AIDS and HIV positive patients. *British Medical Journal* 1987;294:1332-1333.
40. Melica F. Fear of contracting HIV infection and ethical behaviour in medical care. En: Melica F, ed. *AIDS and human reproduction*. Basel: Karger; 1992.
41. Rosenberg ML, Stark E, Zahn MA. Interpersonal violence: homicide and spouse abuse. En: Last JM, ed. *Public health and preventive medicine*, 12th ed. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts; 1986:1399-1426.
42. Vlassoff C, Bonilla E. Gender-related differences in the impact of tropical diseases on women: what do we know? *Journal of Biosocial Science* 1994;26:37-53.
43. What doctors don't know about women: a special report. *The Washington Post*, 8 December 1992.
44. United Nations Development Programme. *Human development report 1992*. New York: Oxford University Press; 1992.
45. *Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1981 (Serie Salud para Todos No. 4).
46. *Aplicación de la estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Segunda evaluación. Octavo informe sobre la situación sanitaria mundial*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1993.
47. Jabine T, Claude R, eds. *Human rights and statistics: getting the record straight*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1992.
48. *The Limburg Principles on the Implementation for the International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights*. (Documento de Naciones Unidas E/CN.4/1987/17). Anexo publicado en *Human Rights Quarterly* 1987;9:122-135.
49. Turk D. *The realization of economic, social and cultural rights* (Documento de Naciones Unidas E/CN.4/Sub.2/1990/19).
50. Hauserman J. The use of indicators to measure realization of the right to take part in cultural life. *Background paper for the Seminar on Appropriate Indicators to Measure Achievements in the Progressive Realization of Economic, Social and Cultural Rights*. Geneva, January 1993. (Documento de Naciones Unidas HIR/Ginebra/1993/Sem/BP.28/Rev.1).
51. *Conclusions and Recommendations of the Seminar on Appropriate Indicators to Measure Achievements in the Progressive Realization of Economic, Social and Cultural Rights*. Geneva, January 1993. Geneva: Naciones Unidas (en prensa).
52. Resolución de la OMS EB85.R5, 1990. *Manual de resoluciones y decisiones de la Asamblea Mundial de la Salud y del Consejo Ejecutivo*, Vol III, 3a ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1993.
53. Bartlett KT. Feminist Legal Methods. *Harvard Legal Review* 1990;103:829-888.
54. Buergeenthal T. To respect and to ensure: state obligations and permissible derogations. En: Henkin L, ed. *The international bill of rights: the Covenant on Civil and Political Rights*. New York: Columbia University Press; 1981.
55. Alston P, Quinn G. The nature and scope of States Parties' obligations in the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. *Human Rights Quarterly* 1987;9:156-229.
56. *Salud para la mujer, mujer para la salud*. Bogotá: Ministerio de Salud Pública; 1992.
57. Decreto de la Presidencia de Colombia No 1.398 del 3 de julio de 1990.
58. Plata MI. Reproductive rights as human rights: the Colombian case. En: Cook RJ, ed. *Women's international human rights*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press (en prensa).
59. La Constitución de Colombia, 1991, artículo 42.
60. *Paulista Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*. Minneapolis: International Women's Rights Action Watch; 1992.
61. *Report on the regional seminar on traditional practices affecting the health of women and children in Africa*. Geneva: Inter-African Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children; 1987.
62. *Report of the Special Rapporteur: traditional practices affecting the health of women and children* (Documento de Naciones Unidas E/CN.4/Sub.2/1991/6).
63. Sentencia del 10 de julio de 1987, Corte de Apelación, Caso de Fofana Dala Traore (condenada por circuncidar a su hija en contra de la legislación francesa), publicada por *Le Monde* el 13 de julio 1987.
64. *Annual Review of Law and Population* 1987:205.
65. Cook RJ, Maine D. Spousal veto over family planning services. *American Journal of Public Health* 1987;77:339-344.
66. Sieghart P. *The international law of human rights*. Oxford: Oxford University Press; 1983.



67. Documento de Naciones Unidas CCPR/C/21/rev.1 en parágrafo 5, 19 de mayo, 1989.
68. McLaurin K et al. Health systems role in abortion care: the need for a pro-active approach. *Issues in Abortion Care* 1991;1:34.
69. *Technical and managerial guidelines for abortion care*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud (en prensa).
70. Cook RJ. International protection of women's reproductive rights. *New York University Journal of International Law and Politics* 1992;24:647,688-696.
71. Dickens BM. Reproduction law and medical consent. *University of Toronto Law Journal* 1985;35:255-286.
72. Código de Ética del Brasil, Capítulo VI, Artículo 52, 1965. Citado por Merrick T, Fertility and family planning in Brazil. *International Family Planning Perspectives* 1983;9:110.
73. Barros FC et al. Epidemic of caesarean sections in Brazil. *Lancet* 1991;338:167.
74. Giesen D. *International medical malpractice law*. Boston: Martinus Nijhoff, 1988.
75. Eriksson MK. *The right to marry and to found a family: a world-wide human right*. Uppsala: Justus Forlag; 1990.
76. Documento de Naciones Unidas CCPR/C/21/Rev.1/Add.2, 19 de septiembre, 1990.
77. Para el origen de estos derechos, véase *Populations and human rights: proceedings of the Expert Group Meeting on Population and Human Rights, Geneva, 3-6 Apr 1989*. Geneva: United Nations; 1989.
78. *Results of the Twelfth Session of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, February 1993* (Documento de Naciones Unidas E/CN.6/1993/CRP.2).
79. Véase también el *Informe sobre la desigualdad entre mujeres y hombres: el derecho a la libre elección de la maternidad*. Consejo de Europa; 1993 (Documento 6781).
80. Ministerio de Salud Pública de Colombia, Resolución 1531 de 6 de marzo de 1992.
81. Wasserheit J. The significance and scope of reproductive tract infections among third world women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 1989;3:145-168.
82. Germain A et al., eds. *Reproductive tract infections: global impact and priorities for women's reproductive health*. New York: Plenum Press; 1992.
83. *Reproductive tract infection in women in the third world*. New York International Women's Health Coalition; 1991.
84. *Bruggeman and Scheuten v. Federal Republic of Germany*, 3 Eur. H.R. 244, 1977.
85. *Paton v. United Kingdom*, App. No S416/78, 3 Eur. H.R. Rep-408, 1980.
86. *Open Door Counselling Ltd and Dublin Well Women Centre Ltd v. Ireland*, 14 Eur. H.R. Rep. 131, 1992, 15 Eur. H.R. Rep. 244, 1993.
87. *Kjeldsen, Busk Madsen and Pedersen v. Denmark*, 1 Eur. H.R. Rep. 711, 1976.
88. Byrnes A. CEDAW's Tenth Session. *Netherlands Quarterly of Human Rights* 1991;3:332-358.
89. *World Health Statistics Annual*. Geneva: World Health Organization; 1988:viii.
90. *International Digest of Health Legislation* 1992;43(2):413-423.
91. *Status of women and family planning*. New York, United Nations; 1975. (Documento de Naciones Unidas E/CN.6/575/Rev.1).
92. Sai F, Nassim J. The need for a reproductive health approach. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 1989;3:103-114.
93. *Better health through family planning. Recommendations of the International Conference on Better Health for Women and Children through Family Planning, Nairobi, Kenya, October 1987*. London: International Planned Parenthood Federation; 1987.
94. Consejo de Europa, Serie de Informes, Nota 112.
95. Cook RJ. Abortion laws and policies: challenges and opportunities. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 1989;3:61-87.
96. Knoppers BM. Abortion law in francophone countries. *American Journal of Comparative Law* 1990;38:889.
97. *Abortion policies: a global review*. (Documento de Naciones Unidas ST/ESA/SERA/129).
98. Henshaw S. Induced abortion: a world view. *Family Planning Perspectives* 1990;22:76-89.
99. *Creating common ground: women's perspectives on the selection and introduction of fertility regulation technologies*. (Documento inédito WHO/HRP/ITT/91, disponible en el Special Programme of Research Development and Research

- Training in Human Reproduction, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Suiza).
100. *Towards a women's research agenda: findings of the scientific advisory meeting*. Washington, DC: Society for the Advancement of Women's Health Research; 1991.
101. *The National Institutes of Health Guide*, 1990;19(31):18.
102. Boland R. RU 486 in France and England: corporate ethics and compulsory licensing. *Law, Medicine and Health Care* 1992;20:227-234.
103. Código de Comercio. Brevets d'Invention, artículos 37-40, 2 de enero, 1968.
104. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, 20 de diciembre de 1993 (Resolución 48-104).
105. Hannum H. *Guide to international human rights practice*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1992.
106. An-Na'im A. Human rights in the Muslim world: socio-political conditions and scriptural imperatives. *Harvard Human Rights Journal* 1990;3:13-52.
107. *Women's rights, human rights. Asia Pacific reflections*. Kuala Lumpur: Asia Pacific Forum on Women, Law and Development; 1993.
108. Buquechio-de Boer. *Sexual equality in the European Convention on Human Rights*. Strasbourg: Council of Europe; 1989 (Documento EG/89/3/1989).
109. Beyani C. Toward a more effective guarantee of the enjoyment of human rights by women in the inter-American system. En: Cook RJ, ed. *The human rights of women: national and international perspectives*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press (en prensa).
110. Medina C. Women's rights as human rights: Latin American countries and the Organization of American States. En: Diaz-Diocaretz y Zavala, eds. *Women, feminist identity and society in the 1980s, selected papers*. Amsterdam: John Benjamin Publishing Co.; 1985.
111. Weston B et al. Regional human rights regimes: a comparison and appraisal. *Vanderbilt Journal of Transnational Law* 1987;20:585-590.
112. Plata MI. Family law and family planning in Colombia. *International Family Planning Perspectives* 1988;14:109-111.
113. *Report of workshop on the role of medical ethics in the protection of human rights*. London: Commonwealth Medical Association; 1993.
114. Véase, por ejemplo, *International guidelines for biomedical research involving human subjects*. Geneva: Council for International Organizations of Medical Sciences; 1993.
115. Sureau C. Activities of the Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics* 1989;28:299-307.

## ANEXO I

### Estados Partes de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (con fecha 1 de enero de 1994)

Alemania, Angola, Antigua y Barbuda, Argentina, Australia, Austria, Bahamas, Bangladesh, Barbados, Belarús, Bélgica, Benin, Bhután, Bolivia, Bosnia y Herzegovina, Brasil, Bulgaria, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camboya, Canadá, Colombia, Congo, Costa Rica, Croacia, Cuba, Chile, China, Chipre, Dinamarca, Dominica, Ecuador, Egipto, El Salvador, Eslovenia, España, Estonia, Etiopía, Federación de Rusia, Filipinas, Finlandia, Francia, Gabón, Gambia, Ghana, Grecia, Granada, Guatemala, Guinea, Guinea Ecuatorial, Guinea-Bissau, Guyana, Haití, Honduras, Hungría, India, Indonesia, Iraq, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Jamaica, Jamahiriya Árabe de Libia, Japón, Jordania, Kenya, Letonia, Liberia, Lituania, Luxemburgo, Madagascar, Malawi, Maldivas, Mali, Malta, Marruecos, Mauricio, México, Mongolia, Namibia, Nepal, Nicaragua, Nigeria, Noruega, Nueva Zelanda, Países Bajos, Panamá, Paraguay, Perú, Polonia, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Centrodifricana, República Checa, República de Corea, República Dominicana, República Democrática Popular Lao, República Unida de Tanzania, Rumania, Rwanda, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Samoa, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Sri Lanka, Suecia, Suriname, Tailandia, Tayikistán, Togo, Trinidad y Tabago, Túnez, Turquía, Ucrania, Uganda, Uruguay, Venezuela, Viet Nam, Yemen, Yugoslavia, Zaire, Zambia, Zimbabwe.

## ANEXO 2 Derechos humanos aplicables a la salud de la mujer

	Derechos Humanos	Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Politicos	Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	Convención sobre los Derechos del Niño	Convención Europea sobre Derechos Humanos y sus 5 Protocolos y Carta Social	Convención Americana sobre Derechos Humanos y su Protocolo	Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos
Derecho de la mujer a estar libre de todas las formas de discriminación	1, 2	2(1), 3, 4	2(2), 3	1, 2, 4	2	14	1	2, 18(3), 28
Derecho a la participación política	21	25	-	7, 8	-	10, 11, 14	16, 23	13
Derecho a la información, la opinión y la expresión	19	19	-	10(e), 14(b), 14(e)	12, 13, 17	10	13	9
Derecho a la libertad de reunión y de asociación	20	21, 22	8	-	15	11	15, 16	10, 11
Derecho a la libertad de religión y pensamiento	18	18	-	-	14, 30	9	12, 13	8
Derecho a la vida	3	6	-	-	6	2	4	4
Derecho a la libertad y a la seguridad	13	9	-	-	37(b), (d)	5	7	6
Derecho a no sufrir tortura y malos tratos	5	7	-	-	19, 34, 37(e)	3	5	5
Derecho al matrimonio y a fundar una familia	16	23	10	16	8, 9	12	17	18
Derecho a la intimidad y a la vida familiar	12	17	10	16	16	8	11	4, 5
Derecho a la educación	26	-	13, 14	10, 14(d)	28, 29	Protocolo 1, 2	26	17
Derecho a la salud y a la atención médica	25	-	12	11(f), 12, 14(b)	24	Carta 11, 13	26; Protocolo 9, 10	16
Derecho a los beneficios del progreso científico	27(2)	-	15(1)(b), 15(3)	-	-	-	26	22