

DEBATE SOBRE EL ABORTO

Leyes «a la carta» para la interrupción del embarazo
La mayoría de los países europeos dispone de
legislaciones más permisivas que España
Desde el striptease psicológico al que se ven
sometidas las mujeres alemanas a la permisiva ley
rusa; desde las fuertes presiones antiabortistas en
Irlanda y en Estados Unidos a las leyes de plazos en
Dinamarca o en Holanda. Ninguno de estos países, ni
siquiera Francia, Alemania, Gran Bretaña o el resto de
países de la Unión Europea, legisla el aborto de
idéntica manera. Público o privado, sistemas de plazos
o leyes despenalizadoras, éstas son algunas de las
claves.

FRANCIA

Fue de los primeros países europeos en legalizar la
interrupción voluntaria de la gravidez (IVG). La ley
de la IVG de 1975, complementada en 1979 y aún
vigente, no exige a la mujer embarazada cumplir unas
condiciones particulares para poder abortar, siempre
que se practique dentro de las 12 semanas de haberse
manifestado la ausencia de la menstruación. Superado
ese tiempo, la ley sólo autoriza la interrupción del
embarazo en casos justificados terapéuticamente,
cuando esté en riesgo la salud de la madre. La
Seguridad Social reembolsa el 80% de los gastos
realizados por un aborto legal.

ITALIA

La ley del aborto en Italia cumplió el pasado mes de
enero 20 años de rigurosa aplicación. Se han reducido
en un 70% las prácticas clandestinas –50.000 casos en
1997– y predomina una clara tendencia descendente en
las cifras relativas a la interrupción del embarazo
legal: 230.000 casos en 1983, frente a 129.000
registrados el año pasado.

La famosa Ley 194, aprobada bajo el mandato de
Andreotti, permite el aborto durante los 90 primeros
días de gestación y exige que se produzca con todas
las garantías sanitarias y legales. Transcurrido este
periodo, la interrupción del embarazo sólo se
considera posible si existen graves trastornos físicos
o psíquicos.

Las menores de edad (por debajo de 18 años) sólo
podrán abortar bajo la explícita autorización de los
progenitores o tutores.

ALEMANIA

En Alemania, el aborto es libre, gratuito y no está
penalizado en las 12 primeras semanas de embarazo,
siempre que la paciente se haya sometido a lo que se
denomina striptease psicológico. Es decir, que debe

haber pasado por dos centros de asesoría, en su mayoría tutelados por las iglesias católica o protestante, que teóricamente deben ejercer un papel disuasorio.

La última gran polémica nacional al respecto la desató a principios de año una carta de Juan Pablo II, que instaba a los obispos alemanes a no extender más «licencias de muerte» o certificados que atestiguaran que se había pasado por la asesoría. La iglesia alemana hizo amagos de rebelión y al final sucumbió formalmente a la formulación papal, aunque en la práctica sigue al frente de las asesorías.

GRAN BRETAÑA

La cuestión no suscita polémicas tan acaloradas como en Estados Unidos o en la vecina República de Irlanda. La interrupción voluntaria del embarazo fue despenalizada por una ley de 1967, posteriormente enmendada, que exige el visto bueno de dos médicos. El plazo máximo para practicarla es de 24 semanas en el supuesto más frecuente, el del riesgo para la salud física o mental de la madre o para los hijos ya existentes.

En otros tres supuestos, la ley británica no establece plazos: cuando el aborto se efectúe para prevenir un daño grave y permanente a la salud física o mental de la madre, cuando exista un riesgo sustancial de malformaciones en el feto o cuando la continuación del embarazo suponga un peligro mayor que la interrupción de éste para la madre.

RUSIA

Según la actual Constitución rusa, la interrupción del embarazo es libre y gratuita hasta las 12 semanas de iniciada la gestación, y sólo está «sujeta a la voluntad de la mujer». En caso de enfermedad grave, viudedad, minoría de edad, pérdida de trabajo o vivienda, falta de recursos económicos para mantener al niño, violación y otra media docena de supuestos de carácter social, material y físico, la interrupción del embarazo puede prolongarse hasta las 22 semanas. Por prescripción facultativa, el aborto se realiza en cualquier momento de la gestación.

El Estado se hace cargo de todos los gastos derivados de la interrupción del embarazo por mandato constitucional.

ESTADOS UNIDOS

Una histórica y polémica decisión del Tribunal Supremo legalizó el aborto en 1973. El fallo del caso *Wade contra Roe* obligó a todos los Estados a garantizar la libertad, sin excepción, para interrumpir el embarazo en el primer trimestre. También dio amplios márgenes para practicar el aborto en el segundo trimestre. Sin embargo, desde 1976, el Gobierno no se responsabiliza

de los gastos. Tan sólo 17 de los 50 Estados llegan a financiar algunas intervenciones.

Esta ley ha convertido a EEUU en el país con el mayor número de abortos del mundo industrializado. Sin embargo, desde los 80, con la emergencia de los grupos antiabortistas, se ha ido recortando la autonomía de las mujeres. En la mitad de los Estados se exige a las adolescentes que obtengan el permiso de sus progenitores, y en otros nueve se aplica el aviso de 24 horas. Este procedimiento obliga a la abortista a observar un día de reflexión después de que el Estado le desaconseje deshacerse del hijo.

IRLANDA

Está prohibido por la Ley de Faltas contra los Actos de las Personas, de 1871, reforzada por una enmienda constitucional de 1983 que impide a las irlandesas viajar al exterior para interrumpir su embarazo. Un referéndum ratificó en 1993 este precepto. En febrero de 1992, no obstante, el Tribunal Supremo autorizó, en medio de una fuerte polémica, a una joven de 14 años que había sido violada a acudir a Inglaterra para abortar.

HOLANDA

Tiene, como Suecia, un sistema de plazos puro. La mujer debe manifestar dos veces su intención en un espacio de cinco días, periodo mínimo que debe transcurrir entre la primera visita al facultativo y el momento del aborto. La mujer embarazada está exenta de responsabilidad social en todo caso. El aborto legal lo costea la Seguridad Social.

DINAMARCA

Cuenta con un sistema de plazos que establece algunos requisitos. La interrupción ha de realizarse en las primeras 12 semanas de embarazo y la mujer debe insistir en su intención. Después de la duodécima semana se necesita autorización de un comité especial integrado por cuatro personas. Los hospitales públicos tienen obligación de recibir a las mujeres que quieran abortar hasta el primer trimestre. Después se ocupan de ello los centros privados.

La paradoja de Portugal

El 28 de junio pasado, Portugal sometió a referéndum la despenalización del aborto en las diez primeras semanas de embarazo. El 51,9% se pronunció en contra, pero el dato más relevante fue que el 69% del censo no acudió a votar, lo que invalidó la consulta.

El proceso había nacido viciado desde el principio, en un país que resulta especialmente paradójico en este asunto. La indiferencia de los principales partidos políticos portugueses, salvo el comunista, hizo fracasar el primer referéndum de la historia de la

democracia en el país.

Las dos formaciones mayoritarias en Portugal, el Partido Socialista (PS) y el Partido Socialdemócrata, optaron por no pronunciarse oficialmente ante la consulta. El propio primer ministro, Antonio Guterres, socialista y católico practicante, era contrario a la despenalización, lo mismo que otros dirigentes del PS. En cambio, conocidos políticos conservadores defendían la liberalización del aborto.

Desde 1984, la interrupción voluntaria del embarazo es legal en Portugal en determinados supuestos: cuando es fruto de una violación, cuando el feto presenta malformaciones o cuando un médico certifica que el embarazo pone en riesgo la salud física o psíquica de la madre. Una ley muy similar a la española.

El Partido Comunista (PCP) y los movimientos a favor del «sí» insistían en los días previos en que la despenalización del aborto atajaría el problema de las interrupciones clandestinas del embarazo, calculadas en 20.000 anuales. De éstas, 800 terminan con la muerte de la mujer.

Esta información ha sido elaborada por Rubén Amón (Roma), Roberto Montoya (París), Julio A. Parrado (Nueva York), Gemma Casadevall (Berlín), Julio Fuentes (Moscú) y Cristina Frade (Londres).

ABORTO – DERECHO COMPARADO

Casas, Lidia. La Despenalización del Aborto. Revista de la Academia de Derecho Universidad Diego Portales. (Santiago, Chile), N° 2, 1993. p. 35–62.

Se plantea la despenalización del aborto para que la mujer tenga la posibilidad de terminar un embarazo no deseado, haciendo uso de los derechos que le confiere la ley como persona.

Existen sólo 17 países en el mundo donde el aborto es absolutamente ilegal. Desde el 15 de septiembre de 1989, Chile es uno de ellos. En los restantes 144 países, entre los que se incluyen España, Italia y Portugal, de fuerte raíz católica, las disposiciones legales permiten la interrupción del embarazo. En la prohibición del aborto, Chile está acompañado por Burkina Fasso, Egipto, Filipinas, Haití, Indonesia, Irán, Mali, Malta, Mauritania, Mongolia, Níger, Paquistán, República Centroafricana, República Dominicana, Somalia y Zaire.

La Ley 18.826 derogó en Chile toda posibilidad de aborto terapéutico. Esto se considera como un gran retroceso en materia legislativa sobre el tema, ya que en la mayoría de países avanzados, e incluso en América Latina se aboga por un sistema menos restrictivo de acceso al aborto.

Se exponen las disposiciones legales de Chile y

España, analizando la jurisprudencia y doctrina de ambos países. También se expone brevemente la situación de Italia y Alemania, como asimismo las experiencias de otros países latinoamericanos. Se señala que Alemania ha sido uno de los precursores en Europa Occidental en advertir los derechos constitucionales de la mujer a terminar con un embarazo.

En Italia, la despenalización del aborto –promulgada en la ley del 22 de mayo de 1978– se adoptó siguiendo el sistema de las indicaciones. En este caso, las circunstancias deben ser certificadas por un médico, y luego tanto el médico como la mujer deben firmar un documento. La mujer tiene que esperar un semana antes de practicarse el aborto y obtener consejería sobre alternativas al respecto. Este sistema de la posibilidad de que las mujeres piensen por más tiempo la decisión que han tomado.

En Argentina, el aborto es un delito contra las personas consagrado en los artículos 85 a 88 del Código Penal. Sin embargo, y a diferencia del Código chileno, la legislación argentina no sólo contempla el aborto terapéutico que es lícito siempre que el peligro a la vida de la madre no pueda ser evitado de ninguna otra forma, sino que además reconoce la licitud del aborto eugenésico, que incluye situaciones como la violación a una mujer demente o idiota.

Se estima que el aborto no es una decisión que una mujer tome con ligereza. Las secuelas psicológicas son graves y son agudizadas por el sentimiento de cometer un delito. Concebir un hijo no deseado también acarrea frustraciones, y muchas mujeres optan por no terminar con un embarazo por el temor a ser descubiertas, por el peligro de salud que ello implica y por sentimientos de culpabilidad. Encuestas realizadas en Chile a 2.485 embarazadas mostraron que en el grupo de mujeres menor de 20 años sólo el 28,6% deseaba el embarazo. Para el grupo entre los 20 y 25 años de edad, un 35,3% respondió desear su hijo.

Distintos autores han señalado que el bien jurídico de la vida no se ve protegido por disposiciones en contra del aborto terapéutico, al contrario, éstas causan un daño mayor en las mujeres que se someten a abortos clandestinos. Se señala que nuestro ordenamiento jurídico al coartar a la mujer su posibilidad de elegir libremente cuándo y cómo ser madre, crea un clima de violencia en la cual la vida de la mujer peligra. Dado que las modificaciones que transformaron el aborto terapéutico en delito en Chile, fueron introducidas arbitrariamente, sin debate ni información, es hora de que las mujeres participen en el debate sobre el tema y hagan saber su propia

opinión

Disminuiría 25% la mortalidad materna al legalizar el aborto

* Mueren 200 mil mujeres al año en el mundo por legrados clandestinos

Angeles Cruz * Las leyes que restringen o prohíben el aborto no reducen esta práctica y por el contrario, se eleva la tasa de morbi–mortalidad materna. Cuando el aborto es legal y accesible, la salud de la mujer mejora y las muertes asociadas a esta causa disminuyen por lo menos en 25 por ciento, aseguran estudios realizados por la organización canadiense Childbirth by Choice Trust.

De acuerdo con esta agrupación, más de la tercera parte de los 50 millones de abortos realizados al año en el mundo es ilegal y ocurre principalmente en los países en desarrollo. Algunas investigaciones estiman que entre 70 mil y 200 mil mujeres mueren en el mismo lapso a consecuencia de una mala atención médica en un aborto clandestino.

El análisis de Childbirth by Choice Trust da cuenta de la situación que prevalece en los diversos continentes del planeta. Así, destaca Albania, en la Europa del Este, donde se permite la interrupción del embarazo y en apenas dos años después del cambio legal, se redujo la mortalidad materna y el número de abortos inducidos, al pasar de casi cinco mil a 145 casos en un hospital de maternidad en la ciudad de Tirana.

En cambio, aunque en Italia el aborto está despenalizado desde 1978, las mujeres enfrentan dificultades para aplicar este derecho cuando aducen razones de salud, sociales o económicas dentro de los primeros 90 días de la gestación. De acuerdo con la ley, deben obtener un certificado médico y esperar un mínimo de siete días durante los cuales reciben consejería.

El problema es que 70 por ciento de los galenos recurren a la objeción de conciencia para no extender el certificado, los servicios de salud están desorganizados y mal equipados, por lo que las mujeres tienen que esperar hasta un mes antes de poder abortar o de plano recurren al aborto ilegal.

La investigación de la institución privada canadiense señala que el aborto ha existido desde siempre y así lo han demostrado investigaciones diversas. Incluso los filósofos antiguos como Sócrates, Platón y Aristóteles son recordados por su posición de sugerir la interrupción de los embarazos. De la misma manera, es reconocida la postura de la Iglesia católica en este tema, siempre de rechazo absoluto y en favor de

la vida desde el momento de la concepción.

Efectos de la despenalización

Aunque el Childbirth by Choice Trust no aporta cifras del descenso o aumento de las enfermedades y muertes de mujeres en todos los países analizados, sí señala los efectos más significativos que han ocurrido a partir de los cambios a las leyes para penalizar o despenalizar el aborto.

Es el caso de Francia, donde a principios de los años 70 se estimaba en medio millón el número de mujeres que interrumpían sus embarazos de manera clandestina, dada la prohibición legal que existía entonces. En 1975 se realizó la reforma legal para permitir el aborto hasta la décima semana de gestación bajo la condición de que la mujer reciba consejería y luego espere una semana antes de realizar el legrado.

Después de la semana 10, dos médicos deben certificar que la salud de la madre o del feto están en peligro para autorizar la interrupción del embarazo. En estos casos, señala la investigación, las mujeres de Francia prefieren viajar a Inglaterra para tener un aborto seguro. En septiembre de 1988 salió a la venta la "píldora abortiva" conocida como RU 486 y desde entonces es el método utilizado en 30 por ciento de los casos para interrumpir el embarazo.

En Rumania, el aborto está despenalizado desde diciembre de 1989. A la fecha, la mortalidad materna se ha reducido en un alto porcentaje, aunque el legrado se extendió hasta convertirse en el único método de planificación familiar. A este país le ha costado trabajo hacer entender a la mujer que es más seguro y saludable el uso de anticonceptivos.

Por otra parte, la institución de Canadá destaca que en América Latina y el Caribe tiene lugar la más alta incidencia de abortos inducidos, entre 2.7 y 7.4 millones cada año. Debido a que casi todos los países (con excepción de Barbados, Belice y Cuba) tienen leyes restrictivas en esta materia, la mayoría de los abortos se realizan en la clandestinidad y en condiciones de inseguridad para la salud de la mujer. La investigación apunta que en el continente cerca de 800 mil mujeres ingresan a hospitales cada año por complicaciones de abortos mal practicados. Estos servicios son muy costosos para las instituciones de salud. La Iglesia católica ha tenido un papel importante para detener la liberalización de las leyes.

Cuba es el único país de la región que desde los años 60 permite la realización de abortos a petición de la mujer después de la décima semana de embarazo. En la isla no existe ningún movimiento por el derecho a la vida y es la única nación donde la Iglesia católica ha

perdido su posición de poder.

Mención aparte tienen Estados Unidos y Canadá. En el primero las leyes han sido modificadas en diversas ocasiones y actualmente el aborto está despenalizado. Las posiciones de los sectores en contra del legado motivaron la aparición de organizaciones que a la fecha todavía realizan acciones de vandalismo, asaltos, bombas e incluso asesinatos de las personas que están o trabajan en las clínicas de aborto.

En 1969 Canadá legalizó el aborto y algunas de las operaciones se llevan a cabo en clínicas especializadas. Se crearon comités éticos que deciden la interrupción del embarazo cuando éste representa riesgo para la vida o la salud de la madre. También existen grupos antiaborto que con frecuencia realizan ataques dirigidos a los médicos y las clínicas.

PREOCUPACIÓN POR ESTRAGOS DEMOGRÁFICOS DEL ABORTO

Un reciente estudio realizado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas de España reveló que la legalización del aborto contribuyó a incrementar el número de estos crímenes y colocó a este país entre los que tienen menor tasa de nacimientos en Europa.

El estudio, que recoge datos desde 1975, analiza no sólo la tasa de fecundidad, sino la de embarazos y abortos. Según la autora del estudio, Margarita Delgado, en los últimos 20 años el aborto ha aumentado progresivamente, hasta el punto que más de un tercio de todas las gestaciones de jóvenes españolas termina por estas prácticas.

La investigadora reveló que en 1987 –fecha en la que se autorizó el aborto en determinados casos– el número de abortos alcanzó al 7.6 % de los embarazos, mientras que en 1995 esta tasa aumentó al 36%.

Esta cifra aumenta sensiblemente en algunas Comunidades Autónomas como Asturias y Cataluña, donde durante ese mismo periodo se produjeron más abortos que nacimientos. Además, la investigación también observa una alta proporción de abortos entre las jóvenes que han dejado de ser adolescentes entre las que el porcentaje alcanza el 20%.

La situación de la fecundidad en España en relación con otros países también es preocupante. Es sólo superior a Holanda e Italia y está por debajo de Canadá, Alemania, Suecia, Reino Unido y Estados

Nota de Noticias de la ONU: Según la revista Palabra de Madrid (nº 405, mayo/98), en el año 1996 España prácticamente llegó al crecimiento cero de población. En ese año hubo 358.879 nacimientos y 349.347 defunciones, lo que da un saldo positivo de apenas 9.532. FIN, 6–7–98.

Es importante tener en cuenta, en relación a la metodología de estudio de la compleja problemática concerniente al aborto, que se ha partido, a la hora de elaborar el presente apartado, de la constatación de la inexistencia de un mínimo acuerdo acerca de las cuestiones centrales que hacen referencia al mismo. En todos los campos del saber –Medicina, Etica, Antropología, Filosofía del Derecho, Ciencia del Derecho Penal, Ciencia del Derecho Constitucional, Teología Moral...– existen múltiples tendencias y concepciones, que aunque a veces son parcialmente coincidentes sobre determinados aspectos, mantienen, sin embargo, criterios radicalmente divergentes, sin que puedan considerarse los diversos argumentos, en ningún caso definitivos ni convincentes para los defensores de las tesis opuestas.

Además, en las discusiones en torno a la legitimidad del aborto, se mezclan argumentaciones que vienen determinadas por una fuerte carga emotiva e ideológica. Lo cual no colabora, en absoluto, en la tarea de encontrar una solución comúnmente aceptable a los problemas planteados.

Lo mismo puede decirse respecto de los diversos sistemas jurídicos y respecto de la praxis jurídica –jurisprudencial y sociológica– vigente en los diversos países.

Por todo ello, dentro de una concepción pluralista de los Derechos Humanos, se ha optado por ofrecer, en dos fichas o apartados distintos, dentro del amplio abanico de posibles respuestas, aquellas que representan las dos posturas más radicales y opuestas:

A. La posición doctrinal de aquellos autores –médicos, juristas, autores de Filosofía Moral, teólogos, iusfilósofos...– y algunos sistemas jurídicos que consideran –con diversos argumentos– que el derecho a la vida del concebido no nacido es un derecho, en cierto sentido, de carácter absoluto y que en ningún caso se puede afirmar con carácter general e

incondicionado el derecho a decidir, por parte de nadie, acerca de la supresión de la vida del mismo.

B. La posición doctrinal de aquellos autores – médicos, juristas, éticos, teólogos, iusfilósofos...– y algunos sistemas jurídicos que consideran que en determinados supuestos –y en la vertiente más radical, en todos los casos,– la madre tiene siempre el derecho a disponer de su propio cuerpo, determinando, en consecuencia, el derecho a establecer las posibilidades de supervivencia del ser humano aún no nacido. Se entiende, además, que ello es legítimo –desde una perspectiva biológica, ética, jurídica y teológica– entre otras razones, porque se entiende que hasta que el feto no nace –en otros casos se defiende que hasta un determinado mes de gestación– no es persona humana, y por tanto no se le puede considerar titular de derechos.

Esta segunda perspectiva o respuesta tendrá su desarrollo adecuado en el apartado 3º (Explicación del derecho) del capítulo de la Parte Especial referente al Derecho a la no discriminación por razón de sexo: los derechos de la mujer.

Adelantos en el Tratamiento del Aborto

Volumen 5, Número 1

Prevención del embarazo indeseado: estrategias administrativas para mejorar la atención postabortion El papel del administrador en el establecimiento de información y orientación

El período postabortion después del tratamiento de emergencia ofrece la importante oportunidad a los profesionales de salud de ayudar a las mujeres a resolver los problemas que contribuyen al embarazo indeseado. Como mínimo, los administradores necesitan asegurar que todas las clientes/pacientes postabortion reciban la siguiente información esencial, como es recomendado por el Grupo Técnico de Trabajo de 25 expertos internacionales reunidos en 1993, en

Bellagio, Italia, en un encuentro sobre la salud reproductiva:

 El pronto retorno de la ovulación puede llevar a la posibilidad de un embarazo indeseado poco después de un aborto (aun antes de la primera mens-truación postabortion).

 La disponibilidad, en la misma unidad o a través de referencia, de métodos anticonceptivos seguros y eficaces para evitar futuros embarazos indeseados.

 La disponibilidad y el lugar de recursos locales de servicios de planificación familiar para un reabastecimiento de los métodos, provisión de métodos a largo plazo y permanentes y atención relacionada

continua.

Elementos de los servicios de orientación sobre planificación familiar de alta calidad

 Se les otorga prioridad a las necesidades de la cliente.

 El objetivo es que las clientes tomen decisiones informadas, voluntarias y bien consideradas.

 Las responsabilidades de los varios miembros del personal involucrados en proveer orientación están claramente delineadas.

 Los orientadores y los supervisores de los orientadores son capacitados adecuadamente.

 La orientación se realiza en ambientes confortables que protegen la privacidad y confidencialidad de las pacientes.

 Los orientadores tienen los materiales de apoyo que necesitan y han sido capacitados para utilizarlos.

 Los registros son simples y fáciles de mantener, pero al mismo tiempo proveen al programa con la información que necesita para monitorar la calidad de la orientación.

 Los orientadores son supervisados regularmente, con la finalidad de mejorar la orientación y no de criticar a los miembros del personal.

 Los orientadores tienen todo el apoyo de los administradores de los programas de planificación familiar y de los elaboradores de políticas, como es indicado por un compromiso adecuado de recursos para capacitación y supervisión del personal, al igual que espacio y material para los mismos.

 Para determinar si el sistema está trabajando adecuadamente, el programa realiza periódicamente estudios especiales relacionados con la orientación (por ejemplo, para evaluar los conocimientos y la satisfacción de los clientes).

COMISION DE DERECHOS HUMANOS.

1. En el presente informe se examinan las políticas y prácticas que repercuten sobre los derechos reproductivos de la mujer y contribuyen a la violencia contra la mujer, la causan o la constituyen. Muchas formas de violencia contra la mujer dan lugar a violaciones de los derechos reproductivos de la mujer por cuanto que suelen poner en peligro su capacidad reproductiva y/o les impiden que ejerzan opciones reproductivas o sexuales. Análogamente, las violaciones de los derechos reproductivos constituyen violencia contra la mujer en sí mismas, violencia que

se define como "todo acto de violencia basado en la pertinencia del sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada" / Artículo 1 de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, aprobada por la Asamblea General en su resolución 48/104 de 20 de diciembre de 1993./. Un nivel inadecuado de conocimientos acerca de la sexualidad humana e información y servicios inadecuados o insuficientes sobre la salud y la reproducción, la discriminación contra la mujer y las jóvenes con una base cultural bien asentada y los límites del control de la mujer sobre sus vidas sexuales y reproductivas, contribuyen a las violaciones de la salud reproductiva de la mujer.

2. Si bien esas prácticas pueden estar sancionadas por los códigos morales o comunitarios / Harmful Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children, Fact sheet Nº 23, Naciones Unidas, Ginebra, 1995./, violan de todas formas el derecho fundamental de la mujer a la salud reproductiva y pueden constituir un acto de violencia contra la mujer. Los derechos reproductivos son una parte fundamental e integrante de los derechos humanos de la mujer y, como tales, están consagrados en las normas internacionales que trascienden la cultura, las tradiciones y las normas de sociedad.

I. MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL

3. Tal como fue definida y reconocida por los gobiernos en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta definición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgo y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos / Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, párrafo 7.2, contenido en el Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994 (publicación de las Naciones Unidas, Nº de venta: S.95.XIII.18), cap.

I, resolución 1, anexo./.

4. Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho fundamental de todas las parejas o individuos a disponer de información y medios para decidir de manera libre y responsable el número de hijos que quieren tener, así como la separación entre los nacimientos y el momento de ellos, y el derecho a conseguir el mayor nivel que sea posible de salud sexual y reproductiva, libres de discriminación, coerción y violencia. La Plataforma de Acción aprobada en la Cuarta Conferencia sobre la Mujer reconoce además que "las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual" / Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, párrafo 96, contenida en el Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995 (documento de las Naciones Unidas, N° de venta: S.96.IV.13), cap. I, resolución 1, anexo I./.

5. El derecho a la salud reproductiva supone el derecho a la sexualidad y a la autonomía sexual. Si bien están vinculados entre sí, los derechos a la salud sexual y reproductiva no son limítrofes.

Subrayando el reconocimiento en el Programa de Acción de El Cairo del derecho a tener una vida sexual satisfactoria y sin riesgo, el párrafo 96 de la Plataforma de Acción de Beijing dice: "los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva y a decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia". Los derechos sexuales incluyen el derecho a la información, sobre cuya base se pueden tomar decisiones fundadas acerca de la sexualidad; los derechos a la dignidad, a la privacidad y a la integridad física, mental y moral para realizar una elección de carácter sexual; y el derecho a las normas más elevadas de salud sexual / Yasmin Tambiah, "Sexuality and human rights", en Margaret Schuler, From Basic Needs to Basic Rights, 1995, pág. 37./.

6. Los derechos a la salud reproductiva y sexual en virtud de la normativa de derechos humanos del derecho internacional dimanan de distintos derechos humanos. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer reconoce que la capacidad de la mujer para controlar su propia fecundidad es fundamental para su pleno disfrute de

toda la gama de derechos humanos a los que tiene derecho. De este modo, el artículo 12 dispone la igualdad de acceso a los servicios de salud, incluida la planificación de la familia, servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posnatal, el suministro de servicios gratuitos siempre que sea necesario, así como una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

7. La Convención contiene también diversas disposiciones que se ocupan de la explotación de la mujer y que tienen pertinencia para la salud reproductiva de la mujer. Por ejemplo el artículo 6 pide a los Estados que adopten todas las medidas apropiadas para suprimir todas las formas de tráfico y explotación de la prostitución, mientras que el párrafo 2 del artículo 16 pide a los Estados que especifiquen una edad mínima para el matrimonio y que hagan obligatoria la inscripción de los matrimonios en un registro oficial.

8. Reconocidos como derecho internacional consuetudinario, los derechos humanos fundamentales a estar libre de la tortura y de la discriminación por motivo de sexo, y el derecho inherente a la vida son directamente aplicables a la cuestión de la violencia contra la mujer y a la salud reproductiva de la mujer / El derecho a estar libre de la tortura figura, entre otras partes, en el artículo 7 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y el artículo 37 de la Convención sobre los Derechos del Niño; la libertad de discriminación por motivo de sexo figura, entre otras partes, en el artículo 2 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el artículo 2.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el artículo 2.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el artículo 3 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; el derecho a la vida figura, entre otras partes, en el artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el artículo 6 de la Convención sobre los Derechos del Niño./. Además de estas normas fundamentales, la legislación internacional de derechos humanos contiene disposiciones sobre no discriminación que son fundamentales para la realización de los derechos humanos de la mujer, incluido, por ejemplo, el derecho a modificar las costumbres que discriminan contra la mujer / Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, apartados f) y g) del artículo 2 y apartado a) del artículo 5;

Convención sobre los Derechos del Niño, artículo
24.3./.

9. Esforzándose por promover las metas de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer se ha centrado especialmente en concluir la discriminación contra la mujer en las estrategias nacionales para el SIDA y ha pedido a los Estados Partes que presten atención especial a la posición subordinada de la mujer en algunas sociedades, que las hace especialmente vulnerables a la infección por el VIH / Recomendación General N° 15, aprobada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (noveno período de sesiones, 1990). Véase A/45/38./. Junto con la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías, el Comité ha prestado atención especial a la esfera de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de la mujer. Aparte de otras, esas prácticas incluyen la mutilación genital femenina, prácticas de parto peligrosas y preferencia por los hijos varones. El Comité ha pedido a los Estados Partes que adopten las medidas apropiadas para erradicar la práctica de la mutilación genital femenina, entre las que podrían figurar programas y seminarios educacionales y de formación apropiados, el desarrollo de políticas nacionales de salud destinadas a erradicar la mutilación genital femenina en las instalaciones de salud pública y la prestación de apoyo a las organizaciones nacionales que se esfuerzan por conseguir esas metas / Recomendación General N° 14, aprobada por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (noveno período de sesiones, 1990). Ibíd./.

10. Las conferencias mundiales han ayudado a elaborar el marco jurídico y las metas de política para la aplicación del derecho a la salud reproductiva de la mujer. Por ejemplo, en cuanto a la cuestión del abuso por parte de los trabajadores sanitarios, el Programa de Acción insta a los gobiernos en todos los niveles a que "implanten sistemas de supervisión y evaluación de servicios orientados hacia el usuario, con miras a detectar, prevenir y controlar abusos por parte de los directores y proveedores de los servicios de planificación de la familia y a asegurar el mejoramiento constante de la calidad de los servicios" (párr. 7.17). Con este fin, los gobiernos deberían asegurar el respeto de los derechos humanos y las normas éticas y profesionales en el suministro de la planificación familiar y los servicios de salud reproductiva con ella relacionados destinados a

garantizar el consentimiento responsable, voluntario y bien fundado.

11. A su vez, en la Plataforma de Acción de Beijing se insta a los gobiernos a "asegurarse de que todos los servicios y trabajadores relacionados con la atención de la salud respetan los derechos humanos y siguen normas éticas, profesionales y no sexistas a la hora de prestar servicios a la mujer, para lo cual se debe contar con el consentimiento responsable, voluntario y bien fundado de ésta. Alentar la preparación, aplicación y divulgación de códigos de ética orientados por los códigos internacionales de ética médica, al igual que por los principios éticos que rigen a otros profesionales de la salud" (párr. 106 g)). Además, reconociendo que la confidencialidad y la accesibilidad de la información son críticas para la realización de los derechos reproductivos de la mujer, la Plataforma de Acción insta a los gobiernos a "reformular los sistemas de información, los servicios y la capacitación en materia de salud destinados a los trabajadores de la salud, de manera que respondan a las necesidades en materia de género y se hagan eco... del derecho de usuario a la privacidad y la confidencialidad" (párr. 106, f)).

12. Las conferencias mundiales sobre los derechos humanos y los derechos de la mujer también se han ocupado de prácticas específicas que violan los derechos humanos de la mujer y que repercuten directamente sobre su salud reproductiva. Por ejemplo en la Plataforma de Acción de Beijing se declara que "es menester prohibir y eliminar todo aspecto nocivo de ciertas prácticas tradicionales, habituales o modernas que violan los derechos de la mujer" (párr. 224).

13. Otras de las prácticas pertinentes que se tratan de manera específica en documentos de conferencias mundiales incluyen la violencia por motivo de sexo y todas las formas de hostigamiento y explotación sexuales, el matrimonio de niños y la mutilación genital femenina / Declaración y Programa de Acción de Viena aprobado por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (A/CONF.157/23), parte I, párr. 18 y parte II, párr. 49; Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, párr. 5.5./. La Plataforma de Acción de Beijing se ocupa también de los problemas del embarazo temprano planteados por el matrimonio entre niños, e insta a los gobiernos a "promulgar y hacer que se cumplan estrictamente las leyes relativas a la edad mínima para expresar consentimiento y contraer matrimonio y elevar la edad mínima para contraer matrimonio cuando sea necesario" (párr. 274).

14. Además, para facilitar la realización de los derechos humanos de la mujer, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos subrayó la importancia de "esforzarse para erradicar todo conflicto que pueda surgir entre los derechos de la mujer y los efectos perjudiciales de determinadas prácticas tradicionales o consuetudinarias, prejuicios culturales y extremismo religioso (VDPA, parte II, párr. 38).

II. CONCLUSIONES GENERALES

A. Consecuencias de la violencia contra la mujer para la salud reproductiva

15. Existen prácticas que en sí mismas constituyen violencia contra la mujer y que pueden representar violaciones graves del derecho de la mujer a la salud reproductiva. A continuación se examinan las consecuencias que para la salud reproductiva pueden tener la violación, la violencia en el hogar, la mutilación genital femenina, los matrimonios tempranos y los embarazos precoces, los abortos para la selección del sexo, el infanticidio de niñas y la trata y la prostitución forzosa. Todas estas prácticas ponen en peligro las libertades y derechos reproductivos de la mujer. Las formas de violencia que se describen a continuación pueden tener consecuencias devastadoras para la salud física y psicológica. Los Estados tienen la obligación de ocuparse de la violencia contra la mujer mediante la promulgación y aplicación efectiva de leyes que prohíban y castiguen todas las formas de violencia de ese tipo y con la aplicación de políticas y programas para evitar que se cometan esos actos de violencia. Numerosos instrumentos internacionales han reconocido la responsabilidad de los Estados a este respecto.

1. Violación

16. Como la Relatora Especial ha señalado, la violación es el acto violento y degradante definitivo de violencia social y constituye "una invasión de las partes más privadas e íntimas del cuerpo de una mujer, así como un asalto a la esencia de su propio ser" / Diana Scully y Joseph Marolla, "Riding the bull at Gilley's: Convicted rapists describe the rewards of rape", en Pauline B. Bart y Eileen Geil Moran (eds.), Violence Against Women: The Bloody Footprints, 1993, pág. 42. Citado en E/CN.4/1997/47, párr. 19./. Si bien la violación suele ser una manifestación de la violencia sexual extrema contra mujeres individuales, cada vez más se utiliza como arma de guerra, represión política o limpieza étnica.

17. Las Naciones Unidas y otras fuentes han documentado numerosos casos de violación en el

contexto de conflicto armado. Por ejemplo, durante el conflicto que tuvo lugar en la ex Yugoslavia se confinó a decenas de millares de mujeres musulmanas en "campos de violación" donde se las violaba repetidas veces y se las obligaba a tener hijos contra su voluntad. En el conflicto de 1994 en Rwanda se aplicó la violación genocida, que solía ir seguida de asesinato, contra números aún mayores de mujeres tutsi. Durante los disturbios acaecidos recientemente en Indonesia en mayo de 1998 hubo muchísimos casos de violación de mujeres de origen chino. La violación puede utilizarse para hacer a las mujeres "incasables" en las comunidades en que viven. También puede utilizarse no sólo para castigar a la víctima sino para castigar a los hombres miembros de la familia que con frecuencia son obligados por la fuerza a presenciar el acto.

18. La violación cometida como parte de la represión política está prohibida por el derecho internacional al igual que la tortura o los tratos crueles, inhumanos o degradantes. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes promueven ambos la dignidad y la integridad física de la persona y prohíben la tortura y los tratos crueles, inhumanos o degradantes. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer también ha sido interpretada por la Comisión en el sentido de que prohíbe todas las formas de violencia contra la mujer, incluida la violación. Finalmente, la Convención Interamericana para la Prevención, el Castigo y la Erradicación de la Violencia contra la Mujer prohíbe también específicamente la violación y otras formas de violencia.

19. Numerosas autoridades internacionales han reconocido también que la violación es una forma de tortura cuando se utiliza para castigar, coaccionar o intimidar, y es cometido por agentes del Estado o con su autoridad. Además, la violación cometida como arma de guerra está prohibida explícitamente en el derecho humanitario internacional que rige los conflictos internacionales e internos. El Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (Estatuto de la CPI) define explícitamente por primera vez en el ámbito del derecho humanitario internacional la violación, la esclavitud sexual, la prostitución forzosa, el embarazo forzoso, la esterilización forzosa y otras formas de violencia sexual, como crímenes contra la humanidad y crímenes de guerra / Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional aprobado por la Conferencia Diplomática de Plenipotenciarios de las

Naciones Unidas sobre la creación de una corte penal internacional el 17 de julio de 1998 (A/CONF.183/9), arts. 7 y 8./. El Estatuto de la CIP coloca la violación y otras violencias sexuales en pie de igualdad con los crímenes internacionales graves y rechaza las referencias anteriores hechas de acuerdo con los tratados de derecho humanitario a la violencia sexual como "crímenes contra el honor" y "ultrajes a la dignidad personal" exclusivamente y no como violencia.

20. Cualquiera que sea su motivo, la violación tiene un efecto devastador sobre la salud reproductiva de la mujer. Con frecuencia, los daños físicos y fisiológicos causados por la violación afectan temporal o permanentemente la autonomía sexual y reproductiva de la mujer y tienen consecuencias duraderas para la salud reproductiva de las víctimas. En general, las consecuencias físicas de la violación y la violencia sexual explican aproximadamente un 5% de las enfermedades entre las mujeres / International Family Planning Perspective, vol. 22, Nº 3, septiembre de 1996, pág. 118. Rebecca J. Cook y Mahmoud F. Fathalla, "Advancing Reproductive Rights Beyond Cairo and Beijing"./. Numerosos estudios llevados a cabo en los Estados Unidos indican que hasta el 30% de las mujeres que han sido violadas adquieren enfermedades transmitidas sexualmente a causa de ello. Las víctimas de las violaciones tienen un riesgo superior de encontrar enfermedades tales como el SIDA, la gonorrea, la sífilis, el herpes genital y la clamidias, así como las consecuencias a largo plazo para la salud de ese tipo de enfermedades tales como enfermedad inflamatoria de la pelvis y cáncer cervical. Las mujeres son más vulnerables biológicamente a las enfermedades transmitidas sexualmente y las consecuencias de ellas son más graves y representan una mayor amenaza para la vida de las mujeres que para la de los hombres. Además están expuestas al riesgo de un embarazo no deseado.

21. La violación puede causar también traumas emocionales profundos que se manifiestan en depresión, incapacidad de concentrarse, perturbaciones del sueño y la alimentación, sentimientos de enfado, humillación y autoinculpación, así como graves problemas sexuales, incluidos problemas de excitación, temor al sexo y funcionamiento sexual disminuido. La tasa de embarazos de adultos correspondiente a la violación se estima en un 4,7% / Centers for Disease Control, National Center for Injury Prevention and Control, Rape Fact Sheet./. Es posible que el aborto de una mujer embarazada por una violación sea denegado legalmente, obstruido en la práctica o inaceptable para la propia mujer por

motivos religiosos o culturales, lo que complica así el trauma físico y emocional de la mujer con un recuerdo físico constante de su violación.

2. Violencia doméstica

22. La violencia doméstica puede tener graves repercusiones para la salud reproductiva de la mujer, en particular cuando la mujer maltratada está embarazada. Los estudios indican que la violencia doméstica afecta directamente al papel de la mujer en la planificación familiar y la anticoncepción. Ejemplo de esta dinámica es el caso de la Sra. M., madre ugandesa casada que fue apaleada por su marido por no producir más hijos, y golpeada de nuevo cuando su marido descubrió que utilizaba anticonceptivos / L. Heise, J. Pitanguy y A. Germaine, "Violence Against Women: The Hidden Health Burden". Documentos de debate del Banco Mundial, 1994, pág. 10./. En un estudio sobre mujeres de Texas, más del 12% de las 1.539 que respondieron habían sido maltratadas sexualmente por un compañero actual o un ex compañero después de la edad de 18 años. De esas 187 mujeres, el 12,3% comunicó que se les había impedido que utilizaran control de la natalidad, y el 10,7% afirmó que se las había obligado a quedarse embarazadas contra su voluntad / Ibíd./.

23. La sexualidad y la reproducción son dos de las formas con que los perpetradores de la violencia tratan de ejercer autoridad y control sobre las mujeres maltratadas. Al ejercer sus derechos reproductivos y buscar servicios de salud reproductiva, las mujeres maltratadas ponen en peligro con frecuencia su seguridad física y psicológica quedando vulnerables a una mayor violencia. Se ha dado el caso de mujeres maltratadas que han ido hasta grandes extremos para impedir los embarazos que no deseaban cuando los que abusaban de ellas limitaban su acceso a los anticonceptivos, recurriendo en algunos casos a abortos clandestinos en condiciones poco seguras.

24. Es posible que las palizas aumenten durante el embarazo e inmediatamente después lo que puede causar graves problemas de salud tanto para la madre como para el niño. Por ejemplo, las entrevistas efectuadas con mujeres maltratadas en Santiago indican que en el 40% de esos casos las palizas aumentaron durante el embarazo. Los estudios indican también que en Malasia el 68% de las mujeres maltratadas estaban embarazadas / Rashida A. Abdullah, Gender Based Violence as a Health Issue: The Situation and Challenges to the Women's Health Movement in Asia and the Pacific, 1997./, mientras que en los Estados Unidos el 25% de las mujeres maltratadas lo son durante el embarazo.

Además de los daños físicos causados por las palizas, las palizas durante el embarazo pueden dar lugar a nacimientos prematuros, abortos, infecciones vaginales periódicas, nacimiento de niños prematuros o de poco peso o menores posibilidades de supervivencia, disfunciones sexuales, temor al sexo, y enfermedades transmitidas sexualmente. Dado que el embarazo puede ser la única ocasión en que algunas de las mujeres entran en contacto con los encargados de suministrar cuidados sanitarios, las visitas de cuidados prenatales pueden ofrecer una buena oportunidad para investigar si hay casos de violencia física.

3. Trata/prostitución forzosa

25. Cada año hay millares de jóvenes y mujeres en todo el mundo que son objeto de la trata y la prostitución forzosa. Es posible que sean raptadas o atraídas por los traficantes con promesas de trabajos mejor pagados de los que puedan encontrar localmente, para ser luego vendidas al propietario de un burdel y obligadas a prostituirse. Mediante una combinación de amenazas, fuerza física, encierro ilegal y servidumbre por deudas, los propietarios de los burdeles impiden el escape o la negociación a esas mujeres.

26. Incapaces de negociar las condiciones del sexo, las mujeres obligadas a la prostitución se encuentran cada vez más expuestas a graves riesgos para la salud, incluidas las enfermedades de transmisión sexual.

Estas mujeres no tienen prácticamente voz alguna en cuanto a prestar sus servicios a un determinado cliente, acerca de cuantos clientes pueden aceptar en un día, el empleo de condones o el tipo de sexo / Human Rights Watch, Rape for Profit: Trafficking of Nepali Girls and Women to India's Brothels, pág. 66./. La investigación médica preliminar indica que cuanto más joven es la mujer más expuesta podrá estar al VIH por cuanto que la membrana mucosa del tracto genital es más fina que la de una mujer adulta y es una barrera menos eficaz contra los virus. En muchos casos, los burdeles limitan el empleo de condones ya que los clientes están dispuestos a pagar precios más elevados por sexo sin protección. Las relaciones sexuales con muchos clientes pueden llevar a contusiones y rozaduras vaginales dolorosas que aumentan la exposición de la mujer a las enfermedades de transmisión sexual. Además, sometidas en efecto a múltiples violaciones, estas mujeres sufren consecuencias psicológicas graves a causa de las repetidas ocasiones en que son víctimas.

27. Aparte del riesgo de infección por relaciones sexuales con numerosos clientes, el empleo cada vez más frecuente de inyecciones anticonceptivas en los burdeles expone a esas mujeres a otro riesgo de

enfermedad, ya que los propietarios de los burdeles con frecuencia utilizan la misma aguja muchas veces, posiblemente contaminada. Cuando se contrae el SIDA puede llegarse a la muerte y otras enfermedades de transmisión sexual contraídas por estas mujeres pueden dejarlas estériles al final. En las culturas en que la finalidad primordial del matrimonio es la procreación, la esterilidad puede hacer que esas mujeres no pueden casarse, tal como el sexo premarital o la promiscuidad notable. Rehuidas por sus comunidades a causa de ello es posible que estas mujeres se vean obligadas a volver a la prostitución para poder mantenerse perpetuando así el círculo vicioso de servidumbre sexual. Los informes también pueden indicar casos de esterilización forzosa de las reclutas en burdeles, siendo lo más frecuente la histerectomía durante el aborto.

4. Prácticas culturales

28. Algunas culturas atribuyen una valía elevada a las capacidades sexuales y reproductivas de la mujer y tratan de controlarlas mediante prácticas que violan los derechos reproductivos de la mujer y constituyen violencia contra ella. La aplicación ciega de estas prácticas, la falta de información y de educación respecto de sus consecuencias para la salud y la pasividad en cuanto a su eliminación contribuyen en conjunto a perpetuar estas prácticas que tienen consecuencias perjudiciales para la salud reproductiva de la mujer.

29. La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing requieren a los Estados que se abstengan de invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para justificar prácticas culturales que constituyan violencia contra la mujer y violaciones de la salud reproductiva de la mujer. En el análisis que figura a continuación se examina la forma en que el hecho de que los Estados no hayan satisfecho ese requisito ha llevado a consecuencias graves y perjudiciales para la salud que violan los derechos reproductivos de la mujer.

a) Mutilación genital femenina

30. La mutilación genital femenina (MGF) ha sido reconocida por la Relatora Especial como una forma de violencia contra la mujer. La mutilación genital femenina consiste en eliminar parcial o totalmente los órganos genitales externos de la mujer. Se estima que unos 130 millones de mujeres han sufrido MGF en todo el mundo y que prácticamente son 2 millones las que

son sometidas a este procedimiento todos los años / Center for Reproductive Law and Policy, "Reproductive Freedom in Focus – Legislation on Female Genital Mutilation in the United States", octubre de 1997, pág. 2./. La mutilación genital femenina se practica aproximadamente en 40 países, fundamentalmente en África oriental y occidental, países de la península arábiga y en Asia. También practican esta costumbre cada vez más en las comunidades inmigrantes en Australia, el Canadá, Europa y los Estados Unidos de América. La frecuencia y amplitud de la mutilación varía de un país a otro.

31. La mutilación genital femenina se debe a las estructuras de poder patriarcal que legitimizan la necesidad de controlar las vidas de las mujeres. La práctica surge de la percepción estereotipada de la mujer como guardián principal de la moralidad sexual de la comunidad y también como principal incitadora a la actividad sexual / Rebecca J. Cook, "International Protection of Women's Reproductive Rights", New York University Journal of International Law and Politics, vol. 24, invierno de 1992, Nº 2, pág. 682./. La mutilación genital femenina limita la expresión sexual de la mujer para asegurar su castidad. En algunas culturas la MGF se considera necesaria para el interés superior de la niña, por cuanto que la prepara para los dolores del parto. La importancia simbólica del rito es que marca el paso de la niña a la condición de mujer y a la aceptación de sus responsabilidades para su futuro marido y su comunidad, mejorando así sus posibilidades de casamiento.

32. El significado ritual de la práctica suele ocultar con frecuencia los devastadores efectos físicos y psicológicos para la mujer. Llevada a cabo tradicionalmente por comadronas que utilizan instrumentos toscos y poco higiénicos, la operación representa un peligro grave de infecciones locales y sistemáticas, abscesos, úlceras, curación retrasada, septicemia, tétones y gangrena. Entre las complicaciones a corto plazo pueden figurar dolores graves y hemorragias que pueden conducir al choque o incluso a la muerte, mientras que entre las complicaciones a largo plazo pueden figurar la retención de orina, que puede dar lugar a repetidas infecciones urinarias; la obstrucción del flujo menstrual, que puede producir infecciones frecuentes del tracto reproductivo y esterilidad; y los partos prolongados y difíciles / Center for Reproductive Law and Policy, "Women's Reproductive Rights in Mexico: A Shadow Report", diciembre de 1997, pág. 24 (preparado para el 18º período de sesiones del Comité sobre la eliminación de todas las formas de discriminación

contra la mujer)./. Además, la MGF puede dar lugar a problemas psicológicos tales como ansiedad y depresión crónicas. El ciclo de dolor sigue cuando se corta y se vuelve a coser para permitir la intimidad sexual y los partos.

33. Dado que el procedimiento puede hacer que las relaciones sexuales sean extremadamente dolorosas, la MGF cumple la función social de suprimir el deseo sexual en la mujer. Un estudio importante realizado en Egipto ha indicado que en las comunidades donde se practica la MGF la sexualidad de la mujer se ve afectada tanto por el grado en que se internaliza la inhibición de las expresiones sexuales mediante la socialización como por el tipo de operación de MGF a que se somete a las mujeres / Supra, nota 19./. Se enseña a las niñas a inhibir su sexualidad como preparación para el matrimonio, dado que los valores sociales exigen que las mujeres "respetables" no parezcan "lujuriosas" / Abdel Halim, "Female Circumcision and the Case of Sudan", pág. 253, en Margaret Schuler, From Basic Needs to Basic Rights, 1995./. Los estudios indican también que las mujeres circuncisadas que viven fuera de las comunidades donde se practica la MGF pueden tener problemas para desarrollar su identidad sexual / Ibíd./.

34. La práctica de la circuncisión femenina ha sido condenada como violación de los derechos de la mujer y la niña. La mutilación genital femenina afecta la forma en que las mujeres disfrutan de su vida y salud reproductiva denegándoles la libertad y la seguridad y sometiéndolas, normalmente desde muy jóvenes, a violencia física y graves problemas de salud. En un esfuerzo para impedir esas violaciones el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo insta a los gobiernos a que prohíban la mutilación genital femenina dondequiera que se practique y a que apoyen decididamente los esfuerzos de las organizaciones no gubernamentales y comunitarias y las instituciones religiosas por eliminar estas prácticas (párrs. 4.22, 5.5 y 7.40).

35. La Declaración y Plataforma de Acción de Beijing destaca la importancia de la educación para ayudar a comprender las consecuencias que esta práctica tiene para la salud. Numerosos países africanos, entre ellos Ghana, Burkina Faso, Egipto y Gambia, así como algunos países con importantes poblaciones inmigrantes procedentes de África, tales como el Reino Unido, Suecia, Francia, Australia y los Estados Unidos han penalizado la práctica. La ineeficacia de esas leyes para reducir la prevalencia de la MGF demuestra que es necesario que los gobiernos emprendan labores de educación y de divulgación en la comunidad para hacer

frente a actitudes culturales muy arraigadas que siguen fomentando la práctica incluso ante posibles sanciones penales. Además, es necesario ocuparse de la MGF. En muchas zonas urbanas de África y Oriente Medio, estas prácticas están cada vez más a cargo de personal sanitario capacitado. El procedimiento es aplicado por personal que trabaja en los hospitales y centros sanitarios entre el que figura el personal capacitado por organizaciones no gubernamentales internacionales.

b) Matrimonios infantiles y maternidad precoz

36. Si bien su frecuencia disminuye, el matrimonio infantil sigue siendo un problema muy grave en muchos países. En Nigeria, una cuarta parte de todas las mujeres están casadas a la edad de 14 años. La mitad para la edad de 16 y las tres cuartas partes a la edad de 18. En Botswana, el 28% de las mujeres embarazadas lo han estado antes de llegar a los 18 años. En Jamaica, una tercera parte de todos los nacimientos corresponden a madres adolescentes, mientras que en el Perú, Colombia y El Salvador, el 13 o el 14% de las mujeres de 15 a 19 años ya son madres / Center for Reproductive Law and Policy, "Women of the World: Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives—Latin America and the Caribbean", 1997, pág. 13./.

37. Basándose en la opinión de que la virginidad es esencial para una novia, en algunas sociedades suele casarse a niñas de poca edad con hombres mucho mayores. A causa de esos matrimonios precoces, estas jóvenes quedan traumatizadas por el sexo adulto y están obligadas a concebir niños antes de que sus cuerpos hayan madurado plenamente. Diversos tratados de derechos humanos exigen que el matrimonio se efectúe con libre consentimiento del hombre y la mujer mayores de edad. Una novia joven carece de madurez y conocimientos, no solamente para dar su consentimiento al matrimonio propiamente dicho, sino también para los actos sexuales a que se la obligará una vez que se haya casado. Además, las leyes y políticas que permiten una edad inferior para el matrimonio para las mujeres las convierte en estereotipos de máquinas productoras de niños y les niega la condición igual con el hombre en lo que respecta a su derecho a dar el consentimiento para el matrimonio.

38. Los matrimonios precoces pueden llevar a nacimientos precoces y embarazos frecuentes lo que causa el agotamiento físico de la joven madre y niños de poco peso y, a su vez, explica la elevada tasa de mortalidad infantil que se produce en las regiones donde estos matrimonios son corrientes. Se estima que, sin cuidados obstétricos, la mujer que pare antes de llegar a los 18 años tiene tres veces más posibilidad

de morir en el parto que la mujer de 20 a 29 años en condiciones análogas / Supra, nota 13, pág. 117./. El parto prolongado o difícil debido a huesos pélvicos poco desarrollados puede causar fistula vesicovaginal o fistula rectovaginal, o desgarro de los tejidos que separan la vagina de la vejiga o del recto. Si esas lesiones no se tratan pueden causar a la mujer filtración de orina y excrementos, lo cual suele producir esterilidad. En muchos casos, las víctimas de la fistula vesicovaginal son abandonadas por sus maridos y en algunos casos obligadas a prostituirse para poder mantenerse. Además, la prolongación del período reproductivo de la mujer causado por el matrimonio precoz puede tener otros efectos perjudiciales para su salud, incluida la desnutrición.

c) Abortos para seleccionar el sexo/infanticidio femenino

39. La preferencia cultural en favor de los hijos varones puede dar lugar a la violencia contra los fetos femeninos y las niñas. En muchas culturas se considera al hijo como una ventaja para la familia por cuanto que es quien perpetúa el linaje, mientras se considera que una hija es una carga social y económica para la familia. Estas presiones obligan a las mujeres embarazadas a recurrir a abortos para seleccionar el sexo y abortar los fetos femeninos. En las comunidades en que las mujeres no tienen acceso a abortos para seleccionar el sexo, por ejemplo cuando es necesaria la amniocentesis o tecnología de sonograma para detectar el sexo de los fetos y se carece de ella, o está prohibido el aborto, las mujeres y los hombres pueden recurrir al infanticidio femenino para no tener que criar a una hija.

40. Para que las políticas aplicadas por los gobiernos para ocuparse de los abortos de selección de sexo y de infanticidio femenino sean eficaces es necesario tener un entendimiento completo de las actitudes culturales que promueven la práctica. Por ejemplo, los estudios indican que el "esquema de cuna" que se aplica en ciertas regiones de la India, según el cual las madres pueden dejar a las niñas no deseadas en sus cunas para darlas a otra familia, puede atribuirse a las muy arraigadas opiniones respecto de la casta y la comunidad. En esas regiones, los padres prefieren la muerte del feto o del bebé a la idea de que su hijo se críe con personas de otra comunidad o casta.

41. La gran preferencia por los hijos varones puede dejar a las mujeres indefensas ante los abusos de trabajadores sanitarios poco escrupulosos. Por ejemplo, en Haryana, India, más del 50% de los 80 médicos de la ciudad ganan dinero con las pruebas de

determinación del sexo y los abortos y el 50% de los exámenes con ultrasonidos son llevados a cabo por personas que no tienen ninguna formación especial. Puede suceder que los exámenes con ultrasonidos se lleven a cabo ya en el segundo mes del embarazo, tan pronto que es imposible detectar el sexo del feto, al que se declara femenino y se aborta.

42. Los abortos para seleccionar el sexo y el infanticidio femenino pueden repercutir perjudicialmente sobre la salud reproductiva de las generaciones futuras de mujeres en la comunidad. La relación entre los sexos en la población puede irse inclinando gradualmente contra las mujeres, con lo cual se sobrecargaría al número inferior de mujeres disponibles para que produjeran el número necesario de niños para mantener a la comunidad.

43. Tanto el Programa de Acción de la Conferencia como la Declaración y Programa de Acción de Beijing piden que se eliminen todas las formas de discriminación contra la niña y las causas profundas de las prácticas perjudiciales e inmorales de infanticidio femenino y selección prenatal de sexo.

B. Violencia en el contexto de la política de salud reproductiva

44. La violencia contra la mujer puede producirse en el contexto de la política de salud reproductiva. La violencia y las violaciones de la salud reproductiva de la mujer pueden deberse bien sea en la acción directa del Estado, que aplique políticas reproductivas perjudiciales, o a que el Estado no cumpla sus obligaciones fundamentales de promover a la mujer. Por ejemplo, acciones directas del Estado que violan los derechos reproductivos de la mujer pueden ser la reglamentación del volumen de la población por el Gobierno, que puede violar la libertad y la seguridad de la persona si da lugar a la esterilización obligatoria o a los abortos por coerción o a sanciones penales de la anticoncepción, la esterilización y el aborto voluntarios. Por otra parte, casos del Estado que no cumple sus obligaciones fundamentales pueden ser, por ejemplo, el hecho de no aplicar eficazmente leyes que prohíba la MGF o el no establecer una edad mínima legal para el matrimonio. Esta forma de no dar más poder a las mujeres las deja más expuestas a las numerosas formas de violencia perpetradas por personas e instituciones privadas.

45. En el contexto de la política de salud reproductiva los informes indican que las políticas del Estado contribuyen a la violencia contra la mujer que se manifiesta en abortos forzados, esterilización y anticoncepción forzados, embarazo mediante coerción

y abortos en condiciones poco seguras. Si bien no siempre resultan en la muerte de la víctima todas esas prácticas pueden causarla y violan el derecho de la mujer a la vida. La OMS estima que solamente las hemorragias excesivas o las infecciones causadas por los abortos en condiciones de poca seguridad causan la muerte de 75.000 mujeres al año. Los abortos forzados, la anticoncepción forzosa, el embarazo mediante coacción y los abortos en condiciones poco seguras constituyen violaciones de la integridad física de la mujer y la seguridad de la persona. Por ejemplo, en los casos en que los funcionarios del gobierno utilizan la fuerza física y/o detienen a las mujeres para obligarlas a someterse a esos procedimientos, las prácticas pueden equivaler a la tortura o a tratos crueles, inhumanos o degradantes.

46. El hecho de que el gobierno no se ocupe de las causas de violencia contra la mujer que podrían prevenirse constituyen también una afrenta a los derechos humanos de la mujer. Para ser verdaderamente universal, la legislación internacional de derechos humanos debe aplicarse tanto para exigir a los Estados que adopten medidas preventivas y curativas eficaces con respecto a la violencia contra la mujer, como para ofrecer a la mujer la capacidad de lograr su propio poder de decisión, seguridad y autodeterminación. Específicamente, los tratados internacionales de derechos humanos piden a los Estados que adopten medidas para asegurar los derechos de la mujer, incluidos los derechos de la mujer a ser libre mediante sus nuevas capacidades, de todas las formas de discriminación y violencia, a lograr sus derechos a la libertad y a la seguridad, y a tener acceso a los servicios de salud, incluidas la información y la educación en materia de salud, y a los servicios sociales necesarios de tratamiento, y para impedir que sean víctimas de todas las formas de violencia /
Rebecca J. Cook, "Violence Against Women: Enforcing and Improving Legal Measures" (documento presentado al seminario anterior al Congreso de la OMS/Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia sobre eliminación de la violencia contra la mujer: búsqueda de soluciones, Oficina Regional de la OMS, Copenhague, 30 y 31 de julio de 1997)./.

47. La promoción de esos derechos lleva implícita la obligación del Estado de actuar con la diligencia debida para impedir, investigar y castigar las violaciones. Los Estados cuyos gobiernos no se ocupan de las violaciones privadas de los derechos humanos incumplen el deber de proteger los derechos humanos que les impone el derecho internacional. Los Estados deben facilitar también la realización de esos

derechos utilizando medios oficiales para que las personas puedan disfrutar plenamente de los derechos humanos, incluso mediante la adopción de medidas legislativas, administrativas, judiciales, presupuestarias, económicas y de otro tipo que sean apropiadas para lograr la plena realización de los derechos humanos por la mujer / Ibíd./.

1. Violaciones debidas a la acción directa del Estado
48. A continuación se examinan las políticas estatales que deniegan a las mujeres la dignidad y el derecho a la libre determinación mediante la disminución de su capacidad para elegir opciones reproductivas según sus propios deseos y las circunstancias de su vida. La denegación de estos derechos puede llegar a consecuencias devastadoras para la salud que en muchos casos ponen en peligro el derecho de la mujer a la vida y a la seguridad de la persona.

a) Abortos forzados

49. Las políticas estatales que alientan o sancionan los abortos forzados violan el derecho de la mujer a la integridad física y la seguridad de la persona, y los derechos de la mujer a controlar sus propias capacidades reproductivas. Las políticas del Estado a controlar el crecimiento de la población pueden dar lugar a los abortos obligatorios.

50. La política de un solo hijo de la China demuestra esta vinculación entre la política de salud reproductiva y la violencia. Mediante esta política el Gobierno limita el número de hijos que puede tener un matrimonio y, en ocasiones, aplica esta política por la violencia mediante los abortos forzados. En virtud de la política de un solo hijo, la mujeres solteras y las mujeres migrantes que no pueden regresar a sus regiones de origen son sometidas a abortos obligatorios. Al parecer, los funcionarios de la planificación familiar en China recurren a la intimidación y a la violencia para aplicar la política, en algunos casos sacando a las mujeres de sus hogares en plena noche para obligarlas a abortar. Ex funcionarios de la planificación familiar dijeron haber detenido a mujeres embarazadas que tenían niños "fuera del plan" en almacenes y oficinas el tiempo necesario para "persuadirlas" a que se hicieran un aborto. Una vez que la mujer se rendía, el funcionario la acompañaba al hospital y esperaba hasta que el doctor pudiera darle una declaración escrita que demostrara que se había realizado el aborto. También se detenía y maltrataba a los familiares de quienes trataban de evitar un aborto forzoso.

b) Esterilización forzosa

51. La esterilización forzosa, grave violación de los derechos reproductivos de la mujer, es un método de

control médico de la fertilidad de la mujer sin su consentimiento. Esencialmente, la esterilización forzosa que viola la integridad física y la seguridad de la mujer constituye violencia contra la mujer. Amnistía Internacional ha condenado esas medidas como tratos crueles, inhumanos y degradantes de personas detenidas o bajo los límites impuestos por los funcionarios del gobierno.

52. En los países donde la esterilización de las mujeres con fines anticonceptivos está ampliamente difundida, hay muchas que bien sea no firman el formulario de consentimiento o no saben que están prestándose a ser esterilizadas. A la mayoría no se les informa del carácter irreversible de la operación o de otros métodos posibles de anticoncepción. Cuando discuten los métodos de anticoncepción, los trabajadores sanitarios suelen presionar a las mujeres para que se esterilicen. Hay informes del Perú que en un esfuerzo para cumplir los cupos de esterilización firmados e impuestos por el Gobierno se ofrecen promociones y primas a los trabajadores sanitarios del Estado, que prometen a las mujeres comida y ropa si aceptan la esterilización. Con ello, estos trabajadores sanitarios se aprovechan de las mujeres rurales pobres, muchas de las cuales son analfabetas y solamente hablan idiomas autóctonos. A las mujeres que se niegan a esterilizarse se las amenaza diciéndoles que se les quitará la ayuda de alimentos y leche. Al parecer, las que son coaccionadas a esterilizarse son operadas en condiciones antihigiénicas.

53. En China, se han llevado a cabo esterilizaciones forzosas bien sea por instigación de los funcionarios de planificación familiar o por ellos mismos de mujeres que están detenidas, confinadas o a las que se ha sacado por la fuerza de sus hogares para ser operadas. Los informes y reglamentos de la planificación oficial de la familia indican que se utiliza la esterilización forzosa. Por ejemplo, un informe provincial de 1993 de los funcionarios de planificación de la familia de la provincia de Jiangsi decía que las mujeres sometidas a medidas de anticoncepción y esterilización tendrían que cumplirlas. Los informes indican también que a pesar de las garantías dadas por la Comisión de Planificación Familiar del Estado de que no se permite la coacción, no se sabe de ninguna sanción adoptada contra los funcionarios que perpetran esas violaciones.

c) Anticoncepción forzosa/suministro de métodos poco adecuados o seguros de anticoncepción

54. La forma en que se aplican los métodos de anticoncepción puede dar lugar a que se deniegue a una

mujer el derecho a procrear o a que se la castigue por ejercer ese derecho / Dorothy E. Roberts, "Crime, Race and Reproduction", Tulane Law Review, vol. 67, 1993./. Por ejemplo, algunas políticas, tales como las adoptadas recientemente por el Gobierno de los Estados Unidos, que basan la concesión de subvenciones del Estado en el número de niños que tenga una mujer, penalizan en realidad a la mujer que recibe la ayuda del Estado por tener hijos, por lo cual limitan el derecho de la mujer a decidir el número de hijos que quiere tener. Algunos gobiernos menos sutiles obligan a la mujer a utilizar la anticoncepción.

55. La anticoncepción puede aplicarse mediante coacción o forzosamente cuando los trabajadores sanitarios se niegan a extraer los dispositivos anticonceptivos. Por ejemplo, dado que el Norplant debe ser insertado y extraído quirúrgicamente, una mujer que desee que se le extraiga el dispositivo puede encontrarse a la merced de los trabajadores sanitarios. En Bangladesh, solamente el 15% de las mujeres que llevaban el Norplant sabían que podía extraerse si lo deseaban. Además, las que pidieron que se les extrajera después de haber sufrido efectos secundarios graves se encontraban con una negativa o eran sometidas a abusos verbales. En los Estados Unidos, las mujeres de origen africano de la parte rural de Georgia comunicaron que el sistema Medicaid financiado por el Gobierno pagaba por la implantación de Norplant, pero solamente lo extraería por "motivos médicos". Sin embargo, cuando varias mujeres se quejaron de hemorragias constantes, dolores de cabeza, pérdida del pelo y palpitaciones cardíacas, las autoridades médicas locales consideraron que se trataba más bien de inconvenientes que de problemas médicos. En caso de que se trajeran los aparatos antes de que pasaran dos años, tendrían que pagar 300 dólares para reembolsar al Estado el costo de la inserción / International Reproductive Rights Research Action Group, declaración y recomendaciones preparadas en respuesta a la solicitud de comentarios enviada por la Relatora Especial, septiembre de 1998, pág. 14./.

56. La anticoncepción forzosa también se puede utilizar para castigar a las mujeres que han cometido delitos. Por ejemplo, el Norplant se utiliza para castigar a las delincuentes y a las mujeres que utilizan drogas durante el embarazo –aun cuando no haya ninguna relación entre el crimen y el castigo–, con lo que así no se castiga a la mujer por haber utilizado drogas ilegales sino por su capacidad de reproducción. Ciertamente, la investigación ha revelado que las mujeres adictas a las drogas que están embarazadas reciben sentencias mucho más duras

que las drogadictas que no lo están. En los Estados Unidos, los tribunales han ofrecido a las delincuentes de ingresos bajos la libertad condicional a cambio de que consientan la implantación de dispositivos anticonceptivos de larga acción / Jeff Goldliar, "The Sterilisation of Women with and Intellectual Disability", University of Tasmania Law Review, 1990–91, pág. 10./. Estas prácticas revelan el perturbador mensaje de que algunos grupos de la sociedad no merecen procrear.

d) Denegación de medios de anticoncepción/embargo por coacción

57. Si bien la esterilización forzosa es una forma de violencia en el contexto de la salud reproductiva, también lo es la limitación o la prohibición del acceso voluntario a los medios de anticoncepción. Los actos que limiten deliberadamente la libertad de la mujer para utilizar medios anticonceptivos o para hacerse un aborto constituyen violencia contra la mujer por cuanto que la someten a un número excesivo de embarazos y partos contra su voluntad, lo que aumenta riesgos de morbilidad materna que se podrían evitar. Según la Federación Internacional de Planificación de la Familia, por ejemplo, en diversos países del África francófona, sigue en vigor una ley francesa de 1920 que castiga la propaganda, la venta y la distribución de medios anticonceptivos así como la "incitación al aborto", con lo cual se congela el libre ejercicio de las opciones reproductivas.

58. Las presiones sociales junto con la amenaza de la violencia doméstica pueden dar lugar a restricciones de la capacidad de una mujer para ejercer la autonomía reproductiva y sexual. La capacidad de una mujer de concebir niños está vinculada a la continuidad de las familias, los clanes y los grupos sociales y, como tal, ha sido objeto de reglamentación por familias, instituciones religiosas y autoridades del gobierno. La importancia de la procreación para una comunidad particular puede colocar a las mujeres bajo una enorme presión para que tengan hijos. El estigma social que entraña la utilización del control de la natalidad, por ejemplo la suposición de que una mujer que utiliza anticonceptivos debe ser promiscua, o la creencia de que el control de la natalidad es una afrenta a la masculinidad del compañero puede servir también en efecto para limitar el acceso de la mujer al control de la natalidad.

e) Aborto

59. En los países donde el aborto es ilegal o donde no se puede disponer de abortos en condiciones de seguridad las mujeres sufren graves consecuencias para la salud, e incluso la muerte. La mujer que está

embarazada contra su voluntad se ve obligada a recurrir a procedimientos que pueden poner en peligro la vida cuando un aborto efectuado en las condiciones apropiadas no ofrecería peligro alguno.

60. De los países que tienen más de 1 millón de habitantes, hay 52 que permiten el aborto para salvar la vida de la mujer, 23 para conservar la salud física, 20 para conservar la salud mental, 6 por motivos económicos y sociales y 49 cuando así se solicita / Center for Reproductive Law and Policy, The World's Abortion Laws, 1998./. Muchos países tales como Austria, Francia, Italia, los Países Bajos y el Canadá han promulgado leyes liberales sobre el aborto que están de acuerdo con el derecho de la mujer a la libertad, la salud, la vida y la seguridad. Sin embargo, países tales como Chile, Nepal y El Salvador consideran que el aborto es un crimen. Por ejemplo, el Código Penal de El Salvador, que entró en vigor en enero de 1998, considera el aborto como un "delito en relación con la vida de un ser humano que está en formación" y elimina todas las circunstancias de excepción en las que se permitía anteriormente el aborto y aumenta las penas impuestas por este concepto / Supra, nota 25, pág. 98./. En Alemania, el Estado puede aplicar a la mujer medidas disciplinarias e incluso penales para exigirle que concluya el embarazo / Supra, nota 20, pág. 705./.

61. La OMS calcula que se llevan a cabo unos 40 millones de abortos al año, de los cuales de 26 a 31 millones son legales y 20 millones ilegales y, por lo tanto, en condiciones poco seguras / Nafis Sadik, The State of World Population 1995, Fondo de Población de las Naciones Unidas, pág. 47./. Las mujeres que disponen de medios financieros pueden conseguir abortos en condiciones de seguridad mientras que las pobres deben recurrir a los abortos clandestinos en condiciones extremadamente difíciles. Incluso cuando los abortos son legales, la escasez de instalaciones y el costo potencialmente prohibitivo de los abortos legales puede obligar a las mujeres a tratar de conseguir abortos clandestinos efectuados por personas que utilizan métodos muy primitivos.

62. Las dificultades que entraña el obtener un aborto en la India, donde los abortos son legales, demuestra la gravedad de estos problemas. En la India, sólo 1.800 de los 20.000 centros de salud primaria tienen instalaciones para la interrupción médica del embarazo. Además, las autoridades gubernamentales insisten en que después del aborto se aplique un procedimiento de esterilización y si bien el aborto es gratuito técnicamente, los gastos por concepto de plasma, sueros y medicamentos, además del dinero

necesario para sobornar a los empleados del hospital, hacen que las mujeres busquen los servicios ilegales. Las mujeres embarazadas contra su voluntad se ven obligadas a recurrir a las alternativas de bajo precio que con frecuencia son aplicadas por practicantes sin capacitación y en condiciones poco sanitarias.

63. No solamente existe una urgente necesidad de abortos seguros y asequibles, sino también de garantías de que el aborto se mantenga confidencial, especialmente habida cuenta del estigma que el aborto representa en determinadas culturas. Las manifestaciones de protesta e incluso las amenazas de muerte por los extremistas que se oponen al aborto, tales como los que pertenecen a la "Operation Rescue" de los Estados Unidos, representan otro grave obstáculo para la obtención de abortos en condiciones de seguridad. Los esfuerzos de los extremistas antiaborto no se limitan a las clínicas locales sino que amenazan con hacer inaccesibles los abortos en el extranjero. Por ejemplo, la "norma de la mordaza mundial" presentada y derrotada por un escaso margen en el Congreso de los Estados Unidos durante los cuatro últimos períodos de sesiones legislativas, prohibiría a toda organización no gubernamental u organización multilateral extranjera recibir fondos de los Estados Unidos si la organización utilizara sus propios fondos para ofrecer servicios relacionados con los abortos o para dedicarse a promover la libre elección. En caso de ser aprobada, esa legislación obstruiría el diálogo crucial entre los encargados de adoptar las políticas y las organizaciones no gubernamentales en relación con la cuestión de cómo combatir los abortos en condiciones poco seguras y cómo responder a la violencia contra la mujer, lo cual podría requerir que se dispusiera la posibilidad de abortar, por ejemplo, en los casos de violación.

64. El hecho de no poder disponer de servicios de aborto en condiciones de seguridad, confidenciales y asequibles puede tener graves consecuencias para las mujeres que están embarazadas contra su voluntad. Todos los años mueren prácticamente 20.000 mujeres indias a causa de abortos en condiciones poco seguras / "The Double Death Syndrome", India Today, 31 de agosto de 1996./. Los esfuerzos para inducir el aborto utilizando hierbas o raíces por vía vaginal, la inyección de fluidos de tipo ácido en el vientre, el empleo de sosa cáustica, arsénico y dosis dobles de píldoras anticonceptivas, así como la inserción de sondas quirúrgicas, tallos de plantas, alambres y palillos, tienen consecuencias perjudiciales para la salud reproductiva y pueden dar lugar a que el aborto no tenga éxito.

65. Estos abortos primitivos pueden tener graves complicaciones para la salud, incluidas reacciones alérgicas, muerte por colapso renal o respiratorio debido a fluidos altamente tóxicos, o incluso la muerte. La OMS estima que en total mueren 75.000 mujeres a causa de hemorragias excesivas o infecciones causadas por los abortos efectuados en condiciones precarias. Un número mucho mayor contrae infecciones que causan fiebre, dolores y en muchos casos esterilidad, lo que puede ser devastador en las culturas donde el valor de la mujer depende de su capacidad de producir hijos, en particular varones. La mayoría de las mujeres que se someten a un aborto en esas condiciones inseguras requieren algún tipo de cuidados sanitarios ulteriormente y, sin embargo, la mayoría de los sistemas de salud de los países en desarrollo no prevén el servicio médico de emergencia para la mujer que sufre complicaciones debidas a un aborto y, por lo tanto, el tratamiento es con frecuencia tardío o ineficaz con consecuencias que ponen en peligro la vida.

2. Violaciones debidas a que los Estados no satisfacen las obligaciones fundamentales mínimas

66. Así como la acción directa del Estado puede dar lugar a violencia contra la mujer, la inacción de un Estado o el hecho de que no satisfaga las obligaciones fundamentales mínimas puede dar lugar a nuevos tipos de violencia contra la mujer. El hecho de que el gobierno no adopte medidas positivas para garantizar el acceso a los servicios apropiados de cuidados sanitarios que permiten a la mujer tener partos en condiciones de seguridad, así como un aborto en condiciones de seguridad cuando están embarazadas contra su voluntad, puede constituir una violación del derecho a la vida de la mujer, además de una violación de sus derechos reproductivos. Análogamente, el hecho de que el gobierno no ofrezca condiciones que permitan a la mujer controlar su fertilidad y reproducción, así como concluir los embarazos voluntarios, constituye una violación del derecho a la seguridad personal de la mujer.

a) Falta de servicios de salud completos

i) Financiación del gobierno para la investigación de cuestiones relacionadas con la salud reproductiva de la mujer

67. La clave para la elaboración de políticas eficaces para tratar un núcleo mínimo de obligaciones es que el Estado demuestre que ha basado sus políticas reproductivas en datos fiables en lo que respecta a la incidencia y gravedad de las enfermedades y las condiciones de peligro para la salud reproductiva de la mujer, y la disponibilidad y eficacia en función de

los costos de las medidas preventivas y curativas. Tal como se subraya en la Plataforma de Acción de Beijing (párr. 109 h): "[los gobiernos deberían] h) prestar apoyo financiero e institucional a la investigación sobre métodos y tecnologías seguros como eficaces, asequibles, y aceptables para la salud reproductiva y sexual de las mujeres y los hombres, incluidos métodos más seguros, eficaces, asequibles y aceptables para la regulación de la fecundidad incluida la planificación natural de la familia para ambos sexos, métodos para la protección contra el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual y métodos sencillos y baratos para el diagnóstico de tales enfermedades, entre otras cosas...".

68. Con demasiada frecuencia, las políticas estatales se fundan en los requisitos morales aparentes de la comunidad o incluso en las necesidades y prioridades de la profesión sanitaria más que a una evaluación epidemiológica y social cuidadosa de las necesidades de salud de la mujer. A causa de ello las instituciones que se dedican a promover la salud reproductiva de la mujer carecen del acceso necesario a los recursos científicos para contribuir a la comprensión de los factores relacionados con la salud reproductiva y ampliar las opciones de reproducción. La investigación de la prevención, la detección y el tratamiento de tumores mamarios, cervicales y uterinos mejoraría considerablemente las tasas de morbimortalidad de la mujer, ya que estas tres enfermedades causan casi la mitad de las muertes debidas a tumores malignos entre las mujeres de 15 a 64 años.

ii) Mortalidad materna

69. El hecho de que el gobierno no impida la mortalidad materna pone en peligro el derecho a la vida de la mujer y su derecho a la seguridad personal. A pesar de la información facilitada por la iniciativa internacional "Safe Motherhood" que demuestra que muchas muertes relacionadas con el embarazo pueden impedirse, muchos de los Estados no adoptan las medidas necesarias para reducir la mortalidad materna.

70. Se considera mortalidad materna las muertes que se producen entre las mujeres que están embarazadas por lo menos 42 días / Supra, nota 20, pág. 646./. Los riesgos y las complicaciones relacionados con el embarazo y el parto figuran entre las principales causas de mortalidad materna. La mayoría de estas muertes podrían evitarse. Si bien algunos países han adoptado medidas para reducir la mortalidad materna / México, Etiopía, Sudáfrica, Argentina, Bolivia y Guatemala han aplicado estrategias para capacitar

parteras rurales, suministrar protección a la mujer durante el embarazo y la lactancia, capacitar profesionales de salud y educar a las mujeres en relación con los peligros del embarazo./ se calcula que se producen unas 585.000 muertes entre mujeres en edad de reproducción debidas a complicaciones del embarazo, del parto o de abortos en malas condiciones que podrían evitarse. No se trata de simples desgracias o de problemas naturales inevitables del embarazo, sino más bien de injusticias que podrían impedirse y que los gobiernos están obligados a remediar con sus sistemas políticos, de salud y jurídicos / Rebecca J. Cook, "Advancing Safe Motherhood Through Human Rights", diciembre de 1997, pág. 1/. El 99% de estas muertes se producen en los países en desarrollo. De ellos, los países del Asia meridional son los que tienen mayor mortalidad materna, seguidos por los países de África y los de América Latina. En Europa septentrional muere una de cada 10.000 mujeres en comparación con una de cada 21 mujeres en África / International Solidarity Network, "Women's Reproductive Rights in Muslim Communities and Countries", 1994, pág. 47./. En la vida de una mujer, el riesgo de morir a causa de complicaciones relacionadas con el embarazo o en el parto es de una de cada 48 en el mundo en desarrollo en relación con una de cada 1.800 en el mundo desarrollado / Population Reference Bureau, "Making Pregnancy and Childbirth Safer", Washington, D.C./.

71. Tanto el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (párr. 8.21) como la Plataforma de Acción de Beijing (párr. 106 i)) instan a los gobiernos a que reduzcan la mortalidad materna en un 50% para el año 2000 respecto de los niveles de 1990 y que vuelvan a reducirlos en otro 50% en el período del año 2000 al 2015. Sin embargo, a medida que se acerca la fecha objetivo, las muertes relacionadas con la maternidad siguen siendo cosa corriente. Las causas más corrientes del gran número de esas muertes son la edad de la mujer, la separación entre los embarazos y la conveniencia del embarazo. También son factores pertinentes la salud de la mujer, sus necesidades alimenticias, los recursos financieros y su injusta condición en la sociedad, así como la poca enseñanza recibida y los matrimonios tempranos de las niñas, y la falta de formación adecuada de los trabajadores sanitarios en las esferas de cuidados prenatales, parto y cuidados posteriores al parto. Además, las creencias culturales y religiosas pueden servir para ocultar el número de muertes relacionadas con la maternidad que podrían evitarse mediante

intervenciones baratas y fáciles de obtener.

72. Las amplias reformas económicas y sociales han tenido efectos perjudiciales para la mortalidad materna. En la región de América Latina y el Caribe, las políticas de ajuste estructural aplicadas en los años 80 y a principios de los 90, así como la reforma de los cuidados sanitarios, dieron lugar a que el Gobierno haya pasado de ser el principal proveedor de servicios de salud a ser un promotor de los seguros de salud generales ya sean privados o públicos. Ello ha tenido una repercusión negativa sobre las posibilidades de los grupos de bajos ingresos –especialmente las poblaciones rurales e indígenas– de obtener acceso a los servicios de salud / Supra, nota 25, pág. 10./. A causa de ello las clínicas rurales y urbanas no tienen instalaciones para efectuar operaciones cesáreas o para tratar otros partos complicados. El personal carece de formación en métodos de planificación de la familia y la relación enfermeros –pacientes y doctores– pacientes es muy elevada. Aun donde existen instalaciones médicas adecuadas, el costo de los servicios puede ser prohibitivo. En la región asiática la reciente crisis económica ha repercutido sobre la asistencia de maternidad / Consultas regionales de Asia y el Pacífico con el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, Colombo, 11 y 12 de agosto de 1998./.

iii) Falta de información sobre anticoncepción

73. El hecho de que los gobiernos y los servicios encargados no reconozcan el derecho de la mujer a controlar su fertilidad puede dar lugar a que no se suministre información exacta y objetiva respecto de toda la gama de métodos anticonceptivos. El que no se suministren anticonceptivos o asesoramiento al respecto puede dar también lugar a discriminación en el suministro de servicios de salud. En algunas sociedades no se ofrece asesoramiento anticonceptivo a las personas solteras o a los adolescentes. Aun cuando una mujer esté casada, si no cuenta con la autorización de su marido o compañero masculino, se le puede denegar el acceso a los servicios de salud reproductiva y a los servicios de salud más en general.

74. Dado que los maridos asumen poca responsabilidad, o ninguna, respecto de la anticoncepción y pocas veces se menciona o se considera la vasectomía como una medida anticonceptiva, las mujeres deben hacer lo necesario para controlar su fecundidad a fin de conservar su salud. La mayoría de las mujeres tienen algunas ideas acerca de los métodos anticonceptivos, ya sean tradicionales o modernos. Sin embargo, la

información inexacta y el temor a los efectos perjudiciales de los métodos anticonceptivos para la salud y la capacidad de procrear suelen disuadir a las mujeres de utilizarlos.

75. Es considerable la necesidad de crear servicios de planificación de la familia. Se estima que 350 millones de 747 millones de mujeres casadas en edad de reproducirse no utilizan anticonceptivos. Cien millones preferirían separar su próximo parto o no tener más niños. El 25% preferiría retrasar o evitar el embarazo / Cook y Fathalla, supra, nota 13, pág. 119./. En China está muy difundido el empleo de anticonceptivos (91%) pero son limitados los conocimientos acerca de cómo funcionan y se utilizan los métodos anticonceptivos. Es reveladora la historia de una joven china recién casada que no utilizaba ningún método anticonceptivo pese a que no quería tener un niño. Cuando se le preguntó por qué no recurría a métodos anticonceptivos contestó: "Leí en un periódico que las recién casadas no se quedarían embarazadas por cuanto que la unión satisfactoria del esperma maduro y el óvulo lleva más de 48 horas. Estoy recién casada y tengo relaciones sexuales casi todas las noches. Pensaba que con un esperma viejo y uno nuevo luchando entre sí ninguno de ellos sobreviviría más de 48 horas. Así pues creí que no me quedaría embarazada." / Reproductive Health Matters – Promoting Safer Sex, Nº 5, mayo de 1995, pág. 96./

76. Para que se reconozca plenamente el derecho de la mujer a la autonomía reproductiva, los cuidados de la salud reproductiva deben ofrecer información completa e imparcial sobre toda la panoplia de métodos anticonceptivos y las cuestiones de salud reproductiva en general.

b) Desatención de la violencia física y psicológica perpetrada por los proveedores de asistencia sanitaria

77. En algunos países, en los servicios de salud pública se da la violencia física y psicológica contra las mujeres de baja condición socioeconómica. Las autoridades administrativas y judiciales pasan con frecuencia por alto estas violaciones o las tratan de manera insuficiente. Un informe publicado recientemente da cuenta de numerosos casos acaecidos en el Perú de violencia física y psicológica contra mujeres que utilizan los servicios públicos de salud reproductiva, incluidas violaciones, ataques y distintas formas de abuso verbal. Por ejemplo, una tal María declaró que:

"... el doctor me hizo entrar y no dejó que entraran conmigo ni mi hermana ni mi padre y le dijó a la

enfermera que se quedara fuera. Me dijo entonces que me desnudara, que me quitara los pantalones y la blusa y que me tendiera en la mesa. Allí estaba tendida cuando el doctor me dijo: "Así que está usted embarazada le pregunto ¿quién la habrá dejado así?" Sentí que me introducía los dedos en el sexo haciéndome mucho daño y entonces me di cuenta que tenía las dos manos en mi cintura y estaba penetrándome y haciéndome daño. Estaba abusando de mí. Me quedé asustada y me dijo que así eran las cosas. Lo rechacé y empecé a llorar y me dijo que no tenía nada mal y que me vistiera." / Center for Reproductive Law and Policy and Latin American y Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer, Silence and Complicity: Violence against Women in Peruvian Public Health Facilities (se publicará en 1999)./

78. Incluso en los relativamente pocos casos en que las mujeres estuvieron dispuestas a presentar denuncias oficiales, ni los funcionarios de sanidad ni el sistema judicial adoptaron medidas adecuadas para proteger a las víctimas. Evidentemente estas violaciones son ejemplos extremos de una situación en que el Gobierno no cumple las obligaciones fundamentales de facilitar servicios completos y de calidad de atención de la salud reproductiva a todas las mujeres, independientemente de la categoría social y económica que tengan en sus sociedades.

III. RECOMENDACIONES

79. Los Estados deberían ratificar todos los instrumentos internacionales de derechos humanos. Los Estados deberían retirar toda reserva a estos instrumentos, en particular las relacionadas con los derechos humanos de la mujer.

80. Los Estados deben asegurarse de que la preocupación fundamental en la formulación y aplicación de programas de planificación familiares, salud reproductiva sea el respeto de los derechos individuales de la mujer.

81. Los Estados deberían crear y promover un proceso de colaboración entre sectores e interdisciplinaria, centrándose en la capacitación y la creación de capacidad para los órganos creados en virtud de los tratados, los organismos y las organizaciones no gubernamentales respecto de la cuestión de la salud reproductiva y sexual de la mujer.

82. Los Estados deben esforzarse diligentemente por impedir la violencia contra la mujer a fin de proteger sus derechos humanos, adoptando, entre otras, medidas tales como leyes específicas para combatir la violación, la violencia doméstica, la trata y la

prostitución forzada, la mutilación genital femenina, los abortos para la selección de sexos y el infanticidio femenino.

83. Los Estados deberían aprobar y aplicar un límite mínimo de edad legal para los matrimonios.

84. Los Estados deben aplicar programas de capacitación para sensibilizar a los trabajadores sanitarios que suministran los servicios de salud reproductiva, incluidos los que trabajan en clínicas prenatales, servicios de maternidad y servicios de planificación de la familia, en cuanto a la posibilidad de violencia por motivos de sexo entre sus clientes.

85. Los Estados deberían adoptar todas las medidas que sean necesarias para erradicar la discriminación y la violencia contra la mujer que utiliza los servicios de cuidados de salud públicos y garantizar establecimientos institucionales en que se respeten los derechos humanos de la mujer.

86. Los Estados deberían ofrecer mayor educación a los trabajadores de la salud y asegurar que pueda disponerse fácilmente de información acerca de las consecuencias para los derechos humanos de la salud reproductiva, incluidas las obligaciones del Estado en virtud del derecho internacional.

87. Los Estados deberían facilitar capacitación a los trabajadores de la salud en materia de derechos reproductivos de la mujer, incluida capacitación en cuanto a la forma de identificar las violaciones durante los exámenes físicos, así como de facilitar información de intervención apropiada.

88. Los Estados deberían aplicar programas de capacitación para ofrecer formación lingüística y cultural a quienes trabajan en comunidades minoritarias teniendo en cuenta las diferencias de su clientela.

89. Los Estados deben adoptar las medidas apropiadas para vigilar los servicios de salud reproductiva y garantizar que se ofrezcan sin ninguna forma de discriminación, coacción o violencia, y que la información difundida por los trabajadores de salud sea completa y objetiva.

90. Los Estados deberían ofrecer ayuda financiera e institucional a la creación de grupos de apoyo, albergues, centros para crisis, asesoramiento y asistencia jurídica, y comisarías de policía en las que solamente haya mujeres con trabajadores capacitados y teléfonos de ayuda 24 horas al día.

91. Los Estados deberían facilitar apoyo financiero e institucional a la investigación sobre métodos seguros y efectivos para regular la fertilidad, la protección contra las enfermedades y transmisión sexual, incluido

el VIH/SIDA, y análisis y diagnósticos confidenciales de las enfermedades de transmisión sexual.

92. El Estado debería ofrecer apoyo financiero e institucional a la investigación de la prevención, la detección y el trato de enfermedades relacionadas con la salud reproductiva de la mujer, en particular las que tienen los indicadores más elevados de morbilidad materna.

93. Los Estados deberían emprender la investigación y la obtención de datos sistemática respecto de los casos de violaciones de la salud reproductiva y sexual de la mujer, y utilizar esos datos para la elaboración de futuras políticas estatales que repercutan sobre los derechos de la mujer a la salud reproductiva y sexual.

94. Los Estados deberían ofrecer apoyo financiero y técnico a las organizaciones e instituciones que se dedican a promover la salud reproductiva y sexual de la mujer, y establecer relaciones de colaboración con esas instituciones y organizaciones para formular las políticas de salud reproductiva de los gobiernos.